DES COMMUNAUTÉS EN santé

CADRE DE RÉFÉRENCE EN MATIÈRE DE santé PUBLIQUE

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DES COMMUNAUTÉS EN santé

CADRE DE RÉFÉRENCE EN MATIÈRE DE santé PUBLIQUE

Document produit par la Direction régionale de santé publique
de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Rédaction :
Réal Boisvert : chapitres 2 et 3
André Dontigny : chapitre 1
Serge Nadeau : chapitre 4
Christine Ross : chapitre 5
Traitement de texte : Raymonde St-Jean
Coordination : Marie-Claude Drouin
Révision des textes : Martine Fréchette
Conception de la page couverture et mise en page : MédiaVox

Dépôt légal – 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-065-5

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

106-00796/

REMERCIEMENTS

Nombreuses sont les personnes qui ont collaboré à la préparation du présent cadre de référence en matière de santé publique. En tout premier lieu, nous voudrions souligner la contribution des nombreux professionnels des différentes directions à la Régie régionale. L'apport de tous était essentiel au développement d'une vision élargie de la santé publique pour le bénéfice de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Plus particulièrement, nous aimerions remercier chacun des membres de l'équipe de travail qui a vu à la concrétisation de ce projet:

- Marie-Claude Drouin, à la coordination;
- Réal Boisvert, Serge Nadeau et Christine Ross, à la rédaction;
- Raymonde St-Jean, au traitement de texte;
- Martine Fréchette, à la correction des textes.

Enfin, nos sincères remerciements vont également aux gestionnaires cliniques, aux intervenants du réseau de la santé et du communautaire, de même qu'aux quelques bénévoles qui ont participé, en juin 2001, à la validation de la première version du cadre de référence. Leurs précieux commentaires ont très certainement contribué à améliorer la cohérence de ce projet commun, inscrit dans *Des communautés en santé*.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes 7

Introduction 9

1 Le cadre légal et l'approche préconisée 13

2 La contribution du réseau de la santé au développement social des communautés 19

2.1 L'organisation des services 21

2.1.1 L'approche territoriale et la participation de la population *21*

2.1.2 L'approche par services intégrés et la flexibilité des interventions *22*

2.1.3 L'action intersectorielle et la signature d'ententes spécifiques *23*

2.1.4 La prise en compte de la dimension sociale de l'organisation des services : le cas de la distance culturelle *24*

2.2 La défense et la promotion des politiques publiques saines 25

2.3 L'étude et les activités de connaissance et de surveillance de l'état de santé des communautés : le cas d'une recherche régionale . . . 27

3 Le développement des communautés ou la promotion des milieux de vie sains et sécuritaires 31

3.1 Le milieu municipal 31

3.2 L'environnement 32

3.3 Le milieu scolaire 33

3.4 Le milieu de travail 34

3.5 Et le milieu humain ? 34

4 Le développement des personnes au sein des communautés 37

4.1 Les enfants, les jeunes et leur famille 37

4.1.1 La transformation de la réalité familiale *39*

4.1.2 Les enjeux reliés aux enfants, aux jeunes et à leur famille *45*

4.1.3 Les interventions *46*

4.2 Les adultes 49

4.2.1 L'incontournable participation sociale des adultes *50*

4.2.2 Les enjeux reliés aux adultes *55*

4.2.3 Les interventions *56*

4.3 Les aînés 57
4.3.1 Le vieillissement : voie d'évitement ou d'engagement *58*
4.3.2 Les enjeux reliés aux 55 ans et plus *64*
4.3.3 Les interventions *66*

5 Les fonctions qui soutiennent l'action 69
5.1 La fonction connaissance/surveillance 69
5.2 L'évaluation en santé publique 71
5.2.1 Une perspective en évaluation *71*
5.2.2 Analyser l'information de l'évaluation pour mieux comprendre et soutenir *72*
5.2.3 Diffuser l'information de l'évaluation pour l'intégrer dans l'action . . . *72*
5.2.4 S'offrir les moyens de nos rêves ! *73*

Conclusion 75

Annexe 1 79

Bibliographie 81

Lexique 89

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Le continuum santé/maladie 15
Figure 2 - Une approche écologique pour une communauté en santé 16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Mesures universelles pour les 0-5 ans 47
Tableau 2 - Mesures sélectives pour les 0-5 ans 47
Tableau 3 - Mesures universelles pour les 6-17 ans 48
Tableau 4 - Mesures sélectives pour les 6-17 ans 48
Tableau 5 - Mesures universelles pour les 18-54 ans 56
Tableau 6 - Mesures sélectives pour les 18-54 ans 56
Tableau 7 - Mesures universelles pour les 55 ans et plus 66
Tableau 8 - Mesures sélectives pour les 55 ans et plus 67

LISTE DES ACRONYMES

CFP	Centre de formation professionnelle
CLSC	Centre local de services communautaires
CQRS	Centre québécois de recherche sociale
CRD	Conseil régional de développement
CRRSSSQ	Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec
DRSP	Direction régionale de santé publique
HLM	Habitation à loyer modique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
NE-GS	« Naître égaux - Grandir en santé »
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAVOT	Programme de l'autonomie et de la volonté de faire obstacles aux toxicomanies
PNSB	Priorités nationales de santé publique
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI	Utilisateur de drogue injectable
VVS	« Villes et villages en santé »
Y'APP	« Y'a personne de parfait »

INTRODUCTION

Voilà déjà plus de deux ans, en avril 1999, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec adoptait le *Plan de consolidation 1999-2002*. Ce document, enrichi par une vaste consultation publique, établissait clairement l'importance d'accentuer les interventions en matière de prévention et de promotion de la santé. En plus d'un financement accru, il recommandait de mieux définir les services dont la population de la région peut bénéficier, et ce, tant au plan local que régional. Fait à noter, en janvier 2001, en insistant sur l'urgence de prévenir, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux est venue réaffirmer l'importance d'accentuer la promotion de la santé et la prévention.

Dans la continuité des orientations du plan de consolidation, il importe aujourd'hui de proposer aux gestionnaires cliniques et aux intervenants des établissements, aux organismes communautaires et aux cliniques médicales privées une compréhension commune et intégrée de ce que peut être la contribution du réseau de la santé et des services sociaux. Cela, en vue d'agir sur les causes des problèmes tout en contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population régionale.

Il y a certes plusieurs façons d'accentuer les interventions en matière de prévention et de promotion. La plus simple consisterait à les additionner les unes aux autres, à déployer le plus grand nombre possible d'actions avec l'espoir, sinon l'assurance, qu'à force d'y travailler on réussira bien à atteindre la cible. Les temps présents, forts du développement des connaissances les plus récentes, nous incitent bien sûr à adopter une approche plus structurée et mieux intégrée. C'est sous l'angle du développement des communautés et de l'amélioration des conditions qui prévalent dans les milieux de vie que nous est apparue la manière la plus efficace et la plus durable d'intervenir. D'où le titre du présent document *Des communautés en santé.*

Une telle approche a le mérite de fournir un ancrage concret aux actions en prévention et en promotion de la santé. Un ancrage au demeurant nécessaire. Peu importent les champs d'application concernés, que ce soit le domaine des maladies infectieuses, de la santé mentale, des traumatismes et de la périnatalité ou autres, pour rejoindre la population, les interventions de santé publique doivent atterrir dans les milieux de vie. Car, les services de santé s'adressent certes aux individus, mais via les endroits où ils vivent. Là où ils évoluent,naissent, sont éduqués, vont à l'école, jouent dans les parcs, empruntent les routes, se rendent au travail et consomment les services courants nécessaires à la vie de tous les jours. *Des communautés en santé* part du principe que des environnements sains regroupent des personnes qui sont dans un bon état de bien-être, qui ont la

capacité physique, psychologique et sociale d'agir pleinement et d'accomplir les rôles qu'elles entendent jouer de manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Des communautés en santé fait référence à la vision élargie de la santé publique généralement reconnue en 2002 et au rôle majeur que l'environnement physique, économique, social et politique exercent sur la santé et le bien-être des individus au sein d'une communauté. Une communauté peut maintenir ou améliorer les conditions d'existence de ses membres, réduisant les risques à la santé et au bien-être et favorisant les choix sains par une implication accrue et convergente des acteurs du milieu. Cette implication et ces changements peuvent être favorisés par une contribution effective du réseau de la santé, réalisée en lien étroit avec ses partenaires, qu'ils proviennent du milieu scolaire, du marché du travail, des organismes communautaires, des municipalités ou plus généralement du secteur public ou privé.

Des communautés en santé, c'est un cadre de référence en matière de santé publique. En ce sens, il servira de base à l'élaboration du futur plan d'action régional de santé publique, lequel viendra définir les orientations et les priorités de santé publique pour le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au cours des prochaines années. À cet égard, il ne s'agit donc pas d'une liste des activités prescrites ou convenues au plan local ou régional ; cette étape suivra dans l'élaboration du plan d'action régional de santé publique.

Ce cadre de référence poursuit deux grands objectifs. D'une part, il vise à faciliter l'action en donnant des points de repère communs ou en suscitant de nouvelles initiatives s'inspirant d'expériences vécues ailleurs. D'autre part, il veut légitimer encore davantage les actions en matière de promotion de la santé, de prévention et de protection.

Pour ce faire, le cadre de référence est constitué de cinq chapitres. Le premier chapitre s'intéresse d'abord à l'aspect légal encadrant le concept *Des communautés en santé*. En second lieu, pour développer et maintenir des communautés en santé, il importe d'agir sur les grands déterminants socioéconomiques de la santé et du bien-être de la population. Le deuxième chapitre s'intéresse donc à l'action sur les facteurs généraux ou aux aspects structurels qui favorisent ou entravent le maintien des communautés en santé. Or, parmi ces actions, celles qui s'inscrivent dans le cadre d'une démarche en développement social ou qui participent à la lutte contre la pauvreté sont inséparables du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Cette section aidera à illustrer la contribution du réseau de la santé et des services sociaux dans ce domaine.

Le troisième chapitre quant à lui examine certaines conditions favorables au développement endogène des communautés, c'est-à-dire entendu au sens de développement de la qualité des milieux de vie comme tels. Ce type de développement porte moins sur les grandes stratégies d'ensemble que sur le déploiement de l'action sur le terrain, dans l'environnement immédiat des personnes. Ce sont alors les aspects relatifs à la promotion de milieux de vie sains et sécuritaires qui seront examinés au regard du maintien et de l'amélioration de la santé de la population.

Le quatrième chapitre du document, lui-même divisé en trois parties (jeunes, adultes et aînés), a pour objet le développement des personnes au sein des communautés. Il sera alors question des enjeux reliés à leur évolution à travers les différents stades de la vie. En effet, le passage de l'enfance à l'adolescence, la traversée de l'âge adulte et l'atteinte des années de maturité sont autant de phases de croissance personnelle. Et il est de la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux de répondre, dans chaque communauté, pour chaque milieu de vie, aux besoins forcément différents des personnes, cela selon qu'elles soient plus ou moins jeunes, d'âge scolaire, sur le marché du travail ou à la retraite. La contribution du réseau de la santé et des services sociaux au bien-être de l'ensemble de la population, comme à celui des personnes ou des groupes les plus vulnérables, passe par une bonne connaissance du potentiel de développement ou des difficultés propres à chaque âge de la vie.

Enfin, au chapitre cinq, nous insistons sur l'importance de l'évaluation, de la surveillance de l'état de santé et de bien-être et de l'étude des facteurs qui contribuent au développement des communautés en santé. En effet, pour décider, agir, évaluer et ajuster les services en fonction des besoins de la population, nous devons disposer des meilleures informations disponibles afin d'inscrire la contribution du réseau en matière de santé publique dans une perspective d'amélioration continue.

Nous souhaitons que ce cadre de référence contribue à développer une compréhension commune de la contribution du réseau de la santé et qu'il favorise la participation de l'expertise professionnelle, tant sur le plan local que régional, à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Tous les professionnels, qu'ils soient infirmiers, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, sociologues, anthropologues, démographes, éducateurs physiques, nutritionnistes, et la liste pourrait être encore longue, sont invités à s'impliquer activement dans le défi *Des communautés en santé*.

Le cadre légal et l'approche préconisée

CHAPITRE 1

Source : Banque Photo Mauricie

LE CADRE LÉGAL ET L'APPROCHE PRÉCONISÉE

Depuis 1989, 47 communautés ont reçu le titre de « communauté sans risque » décerné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La Suède, entre autres, a une longue tradition dans ce domaine. Un paradigme nouveau sous-tend ce concept. Il réside dans le fait que les gains de santé sont supérieurs quand ils reposent sur des programmes orientés vers des populations, des organisations ou des communautés plutôt que lorsqu'ils s'appliquent aux individus seulement[1].

Le concept des « communautés sans risque », équivalent de celui des « communautés en santé », ne peut toutefois trouver une application concrète sans référence à un cadre légal. C'est ce que la Loi sur la santé et les services sociaux[2] prend en considération lorsqu'elle définit la responsabilité de la Régie régionale et du directeur régional de santé publique.

> *371. La régie régionale doit :*
> *1° créer une direction de santé publique ;*
> *2° assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels que la direction de santé publique obtient dans l'exercice de ses fonctions ;*
> *3° confier la gestion du plan d'action régional de santé publique prévu par la Loi sur la santé publique au directeur de santé publique nommé en vertu de l'article 372 ;*
> *4° pour l'application du plan d'action régional de santé publique, organiser les services et allouer les ressources.*
>
> *373. Le directeur de santé publique est responsable dans sa région :*
> *1° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin ;*
> *2° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;*
> *3° d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la régie régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable ;*

1 Céline LARLY, *Vers un vieillissement en santé*, La santé de l'homme, no 354,juillet-août 2001.

2 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120)*, Éditeur officiel du Québec, 1991,chapitre 42.

> *4° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.*

Il convient de préciser que l'adoption récente de la Loi sur la santé publique (projet de loi no 36, décembre 2001) a pour effet de créer un environnement législatif davantage favorable à la concertation entre certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux, lesquels sont plus directement concernés par le programme national de santé publique. À titre d'exemple, en ce qui a trait à l'élaboration du plan d'action régional de santé publique, une collaboration soutenue est attendue entre la Régie régionale et les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires. Il en va de même entre ces derniers et les organismes communautaires du territoire concerné par l'élaboration du plan d'action local de santé publique.

De plus, il convient de préciser que le *Plan de consolidation 1999-2002*, adopté en avril 1999, s'appuie sur un contexte légal dont les modifications récentes n'ont fait que confirmer la pertinence des orientations en matière de santé publique. Il y était prévu de *« réaliser des travaux visant le partage d'une compréhension commune de la promotion de la santé et de la prévention afin de limiter les ambiguïtés sur ces concepts*[3] *»*. Ce cadre de référence, tout en accordant une importance particulière aux aspects de promotion de la santé et de prévention, devrait contribuer à partager cette compréhension commune et permettre d'illustrer les autres fonctions essentielles de santé publique que sont la protection de la santé, la surveillance de l'état de santé de même que l'évaluation.

En continuité avec les concepts déjà utilisés dans les priorités nationales de santé publique[4], ce cadre tient compte des déterminants de la santé que sont les facteurs biologiques, les habitudes de vie et les comportements, l'environnement physique, l'environnement social (milieux et conditions de vie) et l'organisation du système de soins et de services.

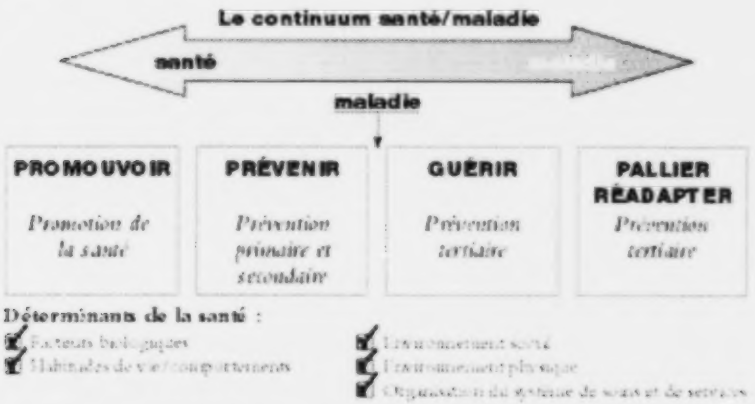
---

3 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Plan de consolidation 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue*, 1999, p. 20.

4 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 1997, 103 p.

La figure 1, ci-après, rappelle le continuum santé/maladie de même que les déterminants de la santé.

Figure 1 - Le continuum santé/maladie



Source : Une adaptation de la figure issue du *Plan directeur régional en promotion/prévention 2000-2003*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Chicoutimi, 2001, p. 14.

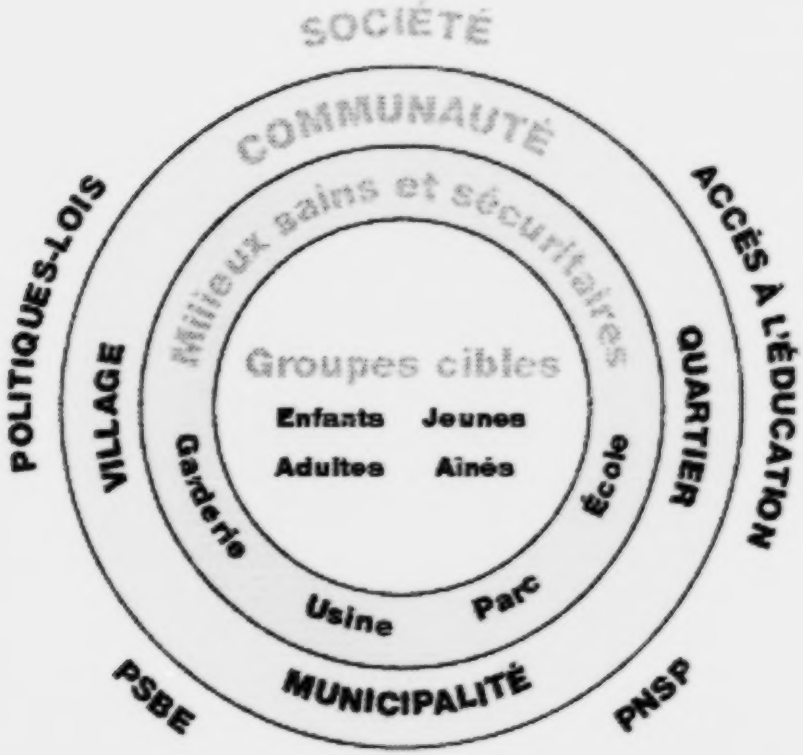
Puisque les cinq déterminants de la santé ne sont pas mutuellement exclusifs, l'approche préconisée dans ce document s'appuie sur un modèle écologique qui permet, à notre point de vue, de mieux appréhender la façon d'agir tant à l'intérieur du réseau de la santé qu'en lien avec les partenaires des autres secteurs de la société.

Ce modèle reconnaît que la santé des individus est influencée certes par les aspects biologiques, mais surtout par les facteurs relatifs aux réseaux familial et social, aux particularités de l'environnement physique de même que par le contexte socioéconomique plus large. Ce modèle suggère aussi que les interventions devraient cibler non seulement les phénomènes propres aux individus (ex. : facteurs liés aux comportements), mais également ceux propres à une communauté (ex. : sécurité des rues dans un quartier) de même que ceux plus en amont (ex. : politiques publiques concernant l'éducation, la fiscalité, le transport, la qualité des eaux, etc.)[5].

5 INSTITUTE OF MEDICINE, *Promoting Health (Intervention strategies from social and behavioral research)*, Washington D.C., Editions National Academy Press, 2000, p. 4.

C'est en ayant en tête ces actions davantage en amont que nous abordons le prochain chapitre. Pour illustrer cette approche écologique, la figure 2 permet de situer l'ensemble de la population visée par les interventions de nature préventive ou de promotion de la santé, les milieux et les groupes cibles où l'on compte intervenir de même que, plus largement, la communauté sur laquelle on peut intervenir. Enfin, des actions touchant la société (ex. : politique publique concernant l'éducation) peuvent être déterminantes sur l'ensemble des autres facteurs évoqués.

Figure 2 - Une approche écologique pour une communauté en santé



Source : Regroupement des cuisines collectives de Francheville

La contribution du réseau de la santé au développement social des communautés

CHAPITRE 2

LA CONTRIBUTION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL DES COMMUNAUTÉS

Il est bien connu que certaines communautés s'en tirent mieux que d'autres en matière de santé et de bien-être. Des facteurs précis entrent en ligne de compte pour favoriser le fait que leurs citoyens ont, par exemple, une longévité supérieure ou vivent plus longtemps en bonne santé. On a ainsi observé que les communautés où les gens affichent une excellente santé sont justement celles où les inégalités sociales et économiques sont les plus faibles, où le partage de la richesse est le mieux établi, où l'exclusion est la plus réduite et où la participation des hommes et des femmes à la vie collective est la plus grande[6].

En fait, santé et développement social vont de pair dans la mesure où, comme le rappelle le Conseil de la santé et du bien-être, « [...] le développement social fait référence au renforcement, au sein des communautés dans les régions et à l'échelle des collectivités des conditions requises pour permettre à chaque individu de développer pleinement ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif[7] ».

Le plein potentiel de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif est, quant à lui, indissociable de l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cet article précise justement que « Le régime de services de santé et de services sociaux a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer[8] ».

Indissociable en effet, car la participation sociale, qui est au cœur de l'idée de développement, est déterminée par la capacité d'agir qui est elle-même en lien direct avec l'état de santé et de bien-être.

---

6 Robert G. EVANS et al., *Why are some people healthy and others not : The determinants of health of populations*, New-York,Aldine De Gruyter, 1994, p. 217-230.

7 CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *Forum sur le développement social : présentation de la démarche*, Québec, mars 1997, p. 6.

8 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, op cit.

Ces liens logiques ne sont pas superflus parce qu'ils nous permettent d'introduire la question principale de ce chapitre : comment en effet le réseau de la santé et des services sociaux peut-il favoriser la participation sociale ? La réponse n'est pas simple bien sûr, mais certains éléments de solution sont bien connus[9].

Le réseau de la santé et des services sociaux peut favoriser la participation et contribuer ainsi au développement social, en faisant en sorte que chaque personne ait la santé qui lui permette d'avoir du pouvoir sur sa propre vie et accroisse son autonomie personnelle. Le réseau peut favoriser la participation sociale en veillant à ce que les gens aient, dans chaque communauté, accès aux ressources nécessaires à leur développement ou, inversement, qu'ils aient la capacité physique et morale de faire face, puis de surmonter, les obstacles qui gênent leur croissance personnelle.

L'action du réseau visant à accroître les compétences personnelles et les capacités nécessaires au développement de l'être humain peut se déployer de deux façons : auprès des individus en particulier et, plus globalement, auprès des populations en général. Dans le premier cas, l'action se resserre principalement autour de la réduction des risques individuels devant la maladie. Dans le second cas, elle s'applique à des dimensions plus abstraites comme les structures sociales, économiques ou géographiques à l'intérieur desquelles évoluent les personnes, les groupes et les collectivités. Ce sont ces réalités que l'on évoque lorsque l'on parle du renforcement du potentiel des communautés. Des réalités reliées à un type d'action dont la nature est plus populationnelle qu'individuelle.

À ce titre, considérons ici, sans être exhaustif bien sûr, quelques pistes d'intervention. Parmi elles, retenons en particulier l'organisation des services, la défense et la promotion des politiques publiques saines et, enfin, les activités de connaissance ou de recherche portant sur les communautés.

9 Cette section s'inspire abondamment de : Ichiro KAWACHI, *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, en particulier, la préface : « A historical framework for social epidemmiology », p. 3-12.

2.1 L'organisation des services

On dit que l'organisation des services est responsable de 10 à 20 % de l'état de santé de la population[10]. Son impact sur la réduction des inégalités de santé est quant à lui plus difficile à mesurer. Chose certaine, un rendement accru est pensable. Des progrès sont du moins possibles du côté d'une meilleure adaptation des services à la réalité des communautés. Pensons ici à une attention plus soutenue à la dimension sociale inhérente à la livraison des services, à des préoccupations étendues en matière de participation de la personne, au déploiement des services et au souci de replacer chaque intervention dans un système intégré. Voilà autant de dispositions capables d'ajouter une plus-value communautaire à l'organisation et à la livraison des services de santé.

2.1.1 L'approche territoriale et la participation de la population

Le Plan de consolidation 1999-2002 de la Régie régionale prônait, en complémentarité avec l'approche par programme, une approche territoriale progressive et réaliste. Pour ce faire, il convenait notamment d'une nouvelle logique en matière de prestation de services en rendant les établissements responsables de la consommation de leur population et en offrant, surtout au plan local, le plus grand nombre possible de services de santé et de services sociaux.

En plus de rendre disponible l'offre de service de santé sur une base spatiale, l'approche territoriale fait référence à un mode de gestion ou d'intervention qui permet aux communautés locales de faire face avec souplesse et esprit d'innovation aux défis posés par leur développement, tout en encourageant la participation et l'intervention des citoyens[11]. Elle devient alors un processus par lequel les résidents d'un territoire donné sont concernés par le déploiement des structures et des leviers destinés à influencer le devenir de leur milieu dans le sens d'un mieux-être collectif.

Dans ce contexte, l'approche territoriale favorise un mouvement de décentralisation vers le palier local qui encourage la participation et suscite la prise en charge du développement par les citoyens eux-mêmes, autant

10 Robert G. EVANS et al., « Controlling Health Expenditures - The Canadian Reality », New England Journal of Medicine, 1989, vol. 320, p. 571-577.

11 Cette section s'inspire des documents suivants : Bernard VACHON, Le développement local, théorie et pratique, Gaétan Morin éditeur, Chicoutimi, 1993, 313 p. ; RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, Qualité de vie de la population et développement local : Perspectives pour la réflexion, 1999, 41 p.

d'atouts qui contribuent au renforcement du tissu social des communautés et à l'augmentation de leur capital social. Plus les gens sont consultés, plus leur participation aux conseils d'administration des établissements publics est encouragée, plus leur présence au sein des organismes communautaires ou des institutions démocratiques est favorisée, plus se développe le sentiment d'appartenance à la collectivité.

Cette approche implique donc que les individus ne peuvent plus être des bénéficiaires passifs de services, mais doivent participer au développement et à la mise en œuvre de nouvelles stratégies, tout en bénéficiant de leurs résultats. Elle va de pair avec la nécessité de lever les barrières qui se dressent entre les institutions et la société civile. De plus, elle ne peut enfin porter ses fruits que si elle est exclusivement bâtie sur une approche « sommet-base ». Seule la combinaison des approches « base-sommet » et « sommet-base » peut générer les synergies nécessaires pour en améliorer le développement.

Dans sa forme la plus avancée, l'approche territoriale se caractérise par une bureaucratie allégée et un transfert des compétences aux instances locales dynamisées où une grande partie de l'autorité est assurée via des réseaux auxquels est associée la société civile. La communauté doit se considérer responsable non seulement de ses membres les plus faibles, mais également de son propre développement global.

Il est vrai que ces approches sont expérimentales et, à l'instar de toutes les stratégies avancées, comportent des risques. Mais ce sont elles également qui constituent la meilleure opportunité, pour les secteurs locaux, d'atteindre la prise en charge de leur développement.

2.1.2 L'approche par services intégrés et la flexibilité des interventions

L'approche par services intégrés procède de la même philosophie que l'approche territoriale. Elle veut augmenter l'efficacité des services de santé en se centrant autour des besoins globaux des personnes plutôt qu'en composant à partir du morcellement de l'action. L'approche par services intégrés se veut moins étanche que l'approche par programme. Elle vise à former une constellation de ressources qui se met à la disposition des personnes, qui en définit ses besoins et qui voit ensuite à mettre au point les ententes de collaboration nécessaires à l'organisation des services. Ce qui sous-tend une vision sans rupture du continuum santé-maladie, une unification des services en amont et en aval pour le bien-être des

personnes et non pas une approche pour respecter les missions particulières des établissements. Elle suppose enfin que la réponse à un besoin de santé n'est jamais arrêtée d'avance, qu'elle est sans cesse en ajustement, toujours donnée dans la mouvance des situations des personnes et des contextes propres à leur milieu de vie.

À l'instar de l'approche territoriale, l'approche par services intégrés n'est pas une mode, nullement une panacée, mais un moyen au service des communautés. Son succès réside dans la complémentarité avec laquelle elle arrive à s'ajuster avec les interventions, les approches ou les programmes existants.

2.1.3 L'action intersectorielle et la signature d'ententes spécifiques

La Régie régionale entend consacrer au cours des prochaines années une partie substantielle de ses budgets à la réalisation d'actions en promotion/prévention. Mais l'exercice de la promotion/prévention sur le terrain, dans les milieux de vie et auprès de la population exige une participation sociale qui ne peut être dictée par un seul établissement. Toutefois, dans un cadre plus large, comme celui qui est fourni par l'action intersectorielle, la participation apparaît comme un enjeu plus visible, une motivation reliée aux intérêts de toute la communauté plutôt qu'aux besoins d'un secteur institutionnel ou d'un autre.

L'action intersectorielle est le pendant nécessaire de l'approche territoriale et de l'approche par services intégrés. En effet, l'action intersectorielle a le mérite de rapprocher les partenaires. Elle les oblige à transformer progressivement les façons de faire. Elle favorise assurément la mise en commun des compétences, le partage des ressources, l'élaboration des priorités d'action convergentes et la mise en œuvre de programmes ou de projets de santé. Voilà autant d'efforts concertés pour stimuler la participation sociale.

Mais l'action intersectorielle repose sur certaines conditions de réussite. L'une d'entre elles n'est pas étrangère à l'engagement formel des partenaires concernés. D'où la signature d'ententes spécifiques sur le développement social au cours de l'année 2000 entre la Régie régionale et ses partenaires regroupés autour des conseils régionaux de développement (CRD). Les objectifs poursuivis par ces ententes, rappelons-le, consistent à mobiliser les acteurs de l'ensemble des territoires de municipalité régionale de comté (MRC) de la région en vue de lutter contre la pauvreté et l'exclusion. Les plans d'action concertés issus de cette démarche donneront une impulsion inédite au développement des communautés.

2.1.4 La prise en compte de la dimension sociale de l'organisation des services : le cas de la distance culturelle

La meilleure approche du monde, quelle soit territoriale, intersectorielle, par programme ou par services intégrés, ne sera jamais aussi efficace que lorsqu'elle s'appuie sur des dispositions qui permettent de rejoindre toutes les catégories de personnes, au-delà des barrières relatives à leurs croyances ou à leur origine sociale. À cet effet, la question des distances culturelles entre les intervenants du réseau et certaines clientèles mérite d'être soulevée. Elle est loin d'être secondaire. Ginette Paquet en décrivait les enjeux de la façon suivante : *« La distance culturelle entre le système de santé et les classes populaires amène à l'incompréhension réciproque et à un dialogue à sens unique [...] tant que les milieux populaires ne parviendront pas à imprégner de leurs valeurs culturelles aux services de santé, les inégalités sociales en matière de santé s'accentueront probablement ou se maintiendront*[12]. »

Plus particulièrement, il est bien connu qu'en milieu défavorisé on ne consulte pas facilement ou spontanément les professionnels de la santé et on n'utilise guère les services préventifs du réseau. Et c'est pour les mêmes motifs que les personnes en situation de pauvreté, trop souvent peu informées, ont tendance à n'avoir recours qu'aux services d'urgence, même pour des problèmes qui pourraient se régler par une simple consultation. Lorsqu'elles ont un problème plus sérieux, elles n'utilisent les services de santé qu'en dernier recours, quand la situation est devenue plus grave[13]. On constate également que plus la durée de la pauvreté augmente, plus les situations de repli sur soi et de méfiance sont fréquentes. Cela rend encore plus imperméables certains milieux aux interventions des CLSC. Cela oblige donc l'adaptation nécessaire des pratiques et des interventions aux diverses réalités des groupes en situation de pauvreté.

Toutefois, on ne décrète pas le rapprochement entre une intervention de santé et la personne qui la reçoit. Il faut donc prendre le temps d'inciter à la réflexion et de procéder à des remises en question. Pour ce faire, il importe de mettre en place des activités de formation afin que se répandent toujours davantage sur les territoires et dans les milieux de vie des pratiques professionnelles optimales au plan de l'approche, de l'écoute et du temps consenti à l'intervention. En conséquence, on observera moins de préjugés et de blâmes immérités pour des prescriptions complexes non suivies, donc plus de confiance entre le réseau et la population et, surtout, moins de résistance à

12 Ginette PAQUET, *Santé et inégalités sociales, un problème de distance culturelle*, IQRC, 1979, p. 108.

13 L'aspect relatif aux soins curatifs est bien illustré par : PELL, NORRIE, FORD ET COBBE, *Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery : retrospective cohort study*, BMJ, vol. 320, juin 2000, p. 1578-1580.

consulter pour certaines problématiques. D'où une meilleure portée des efforts du réseau auprès des clientèles ayant des besoins importants et particuliers de santé.

2.2 La défense et la promotion des politiques publiques saines

Grâce à l'expertise qu'il a développée au cours des ans, le réseau est en mesure de jouer un rôle d'influence important au regard des politiques publiques qui ont un impact sur le développement social et sur la santé et le bien-être de la population. Ce rôle peut s'exercer autant au plan de l'application des politiques qu'au moment de leur adoption ou de leur révision. Il s'agit de les prendre en compte et de les questionner, d'analyser leurs effets sur les conditions socioéconomiques des milieux de vie et de voir comment elles aident ou non à renforcer chez les personnes leur capacité d'agir.

Examinons ici, à titre d'exemple, deux politiques publiques dont l'impact sur le développement social des communautés, via le renforcement du potentiel des personnes et de l'augmentation de la participation sociale, est particulièrement significatif. L'une est issue de la société civile et l'autre est d'origine sectorielle.

Un projet de loi issu de la société civile
Comment ignorer l'importance des revendications de la société civile sur la vie des communautés ? L'appui récent donné par plusieurs instances du réseau au projet de loi du Collectif pour éliminer la pauvreté n'est pas que symbolique[14]. Cet appui participe sans conteste au développement de la solidarité régionale. Il permet de mettre pour de bon à l'agenda des organismes publics l'élimination de l'exclusion et de l'isolement, deux problématiques particulièrement néfastes en matière de santé physique et mentale. Cet appui rappelle en outre le fait que la pauvreté est un déterminant majeur de la santé et du bien-être et que sa réduction tient d'une responsabilité collective. Cet appui enfin démontre l'importance d'une stratégie de mobilisation intersectorielle pour assurer le développement des communautés.

Les retombées de cet appui se mesurent au resserrement des liens entre le milieu institutionnel et le milieu communautaire en matière de lutte contre la pauvreté et, aussi, à l'avancement de la capacité d'influence de la société civile sur l'action gouvernementale.

14 Pour l'appui de la Régie régionale, voir la résolution CARR-00-01 du 2 février 2000 à l'annexe 1.

Une politique relative à la sécurité du revenu

Les politiques de sécurité du revenu ne sont pas étrangères au développement des communautés. Elles échappent, il est vrai, au cercle des préoccupations directes du réseau de la santé. Mais en raison de leur impact sur la santé via leur influence sur la participation sociale, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (CRRSSSQ) s'y est déjà intéressée[15].

Au surplus, la conduite d'une action concertée du Centre québécois de recherche sociale (CQRS) et de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec sur la question a permis d'examiner, d'une part, les liens entre le revenu de citoyenneté et la santé et le bien-être des populations et, d'autre part, son efficacité en tant que moyen de lutte contre la pauvreté[16]. Voyons-y de plus près.

Des ententes favorables au développement des communautés

Dans la foulée du *Plan de consolidation 1999-2002*, la Régie régionale a mis en œuvre, avec ses partenaires régionaux, des ententes en développement social afin de contrer la pauvreté et favoriser le développement des communautés.

Il s'agit d'une entente spécifique au plan de la Mauricie et d'une entente de collaboration avec le Centre-du-Québec. Quelle que soit leur appellation, ces deux ententes visent tout simplement à officialiser, dans le cadre d'une démarche en développement social, une mobilisation intersectorielle.

Entente de collaboration au Centre-du-Québec

Mission : Tout en assurant la pleine participation des personnes, des populations, des partenaires et des secteurs concernés par le développement social, soutenir la réflexion, l'action et le renouvellement des pratiques. Cela, en offrant un soutien aux organisations pour intervenir prioritairement auprès des groupes et des territoires les plus vulnérables et défavorisés désireux d'améliorer les conditions et les modes de vie.

Partenaires : Centraide Centre-du-Québec, Conseil régional de Concertation et de Développement Centre-du-Québec, ministère de l'Emploi et de la Sécurité du revenu, ministère des Régions Centre-du-Québec, Office des personnes handicapées Centre-du-Québec, Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Table sectorielle inter MRC développement communautaire.

Entente spécifique en Mauricie

But : Contribuer au développement des communautés ainsi qu'à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion par des actions concertées visant l'intégration et la participation sociale des citoyens.

Partenaires : Emploi-Québec, ministère de la Solidarité sociale, ministère des Régions, Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Conseil régional de développement de la Mauricie.

15 CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le soutien du revenu : Un partage de la richesse collective fondé sur la confiance et l'entraide*, Mémoire sur le projet de loi 186, Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale, 22 avril 1998, 16 p.

16 CQRS ET RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Le revenu de citoyenneté : revue des écrits et consultation des experts*, Appel d'offres 1999, document interne, 8 p.

Du point de vue de la santé, tous les programmes de partage de la richesse n'ont pas la même valeur. Prenons le cas du programme actuel de sécurité du revenu et celui d'un régime éventuel d'allocation universelle. Dans le premier cas, l'État prône une politique d'assistance ; dans l'autre, il suit plutôt une logique de justice redistributive. À la différence de la sécurité du revenu, l'allocation universelle n'exige cependant aucun préalable. Elle ne vient pas consacrer l'aboutissement d'un processus de dépérissement social, elle est accordée de droit à tous les individus en raison de leur qualité de citoyens (moyennant un rattrapage fiscal pour les plus fortunés bien sûr). La reconnaissance de la personne, considérée en tant que telle, c'est-à-dire antérieurement à la confirmation de son statut de personne pauvre, serait sans nul doute une stratégie habile de valorisation et d'amélioration de l'estime de soi, premier ressort de la croissance d'un être humain et de la formation du capital social.

Voilà une hypothèse dont il faut vérifier la portée. Elle s'inscrit dans la foulée des études qui s'intéressent aux liens qui existent entre l'estime de soi, le renforcement des compétences, le développement des ressources personnelles, la participation des groupes et des individus à la vie de leur communauté, l'action et à la coopération sociale ainsi que la santé et le bien-être.

2.3 L'étude et les activités de connaissance et de surveillance de l'état de santé des communautés : le cas d'une recherche régionale

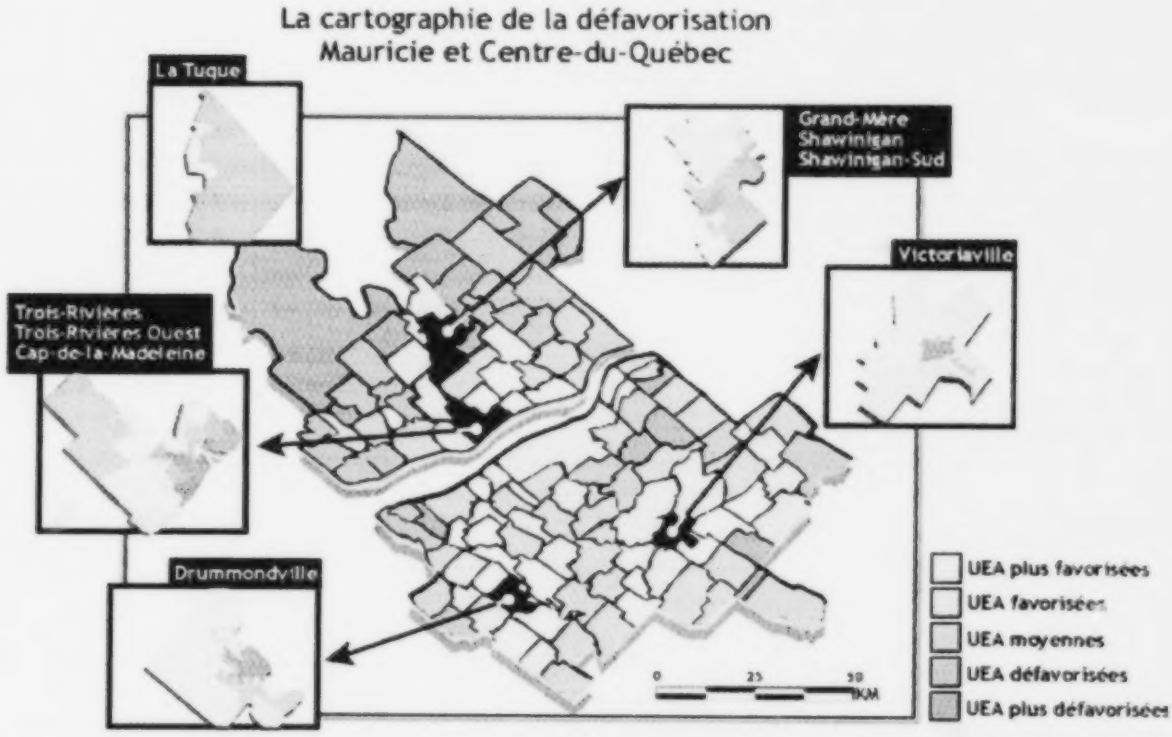
L'action relative au développement social et au renforcement du potentiel des communautés serait incomplète sans une réflexion sur la notion de communauté elle-même et sur le type de recherche qui permet de mieux en connaître les différentes dimensions. Voyons ici le cas d'une recherche appliquée à la réalité des communautés.

Le découpage territorial des communautés

Pour les besoins d'une recherche menée sur les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec[17], une réflexion a été amorcée sur la question du découpage des communautés. Car, pour bien mener des interventions en développement social, encore faut-il avoir une bonne idée de la situation des milieux de vie et des communautés. Et pour bien connaître la situation sociosanitaire des communautés, il importe de bien cerner leur

17 Réal BOISVERT (avec la collaboration de Sophia Crosato, Yves Pépin et Louis Rocheleau), *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, novembre 2000, 43 p.

réalité géographique. Autrement, dans le cas d'une entité géographique trop vaste ou trop réduite, les données la décrivant perdent leur sens. De deux choses l'une, par conséquent. Soit que ces données s'appliquent à des populations trop hétérogènes, des gens très riches ou très pauvres, par exemple, et il en résulte une information qui s'appuie sur des moyennes artificielles. Soit que ces données sont recueillies auprès de populations réduites et, alors, elles ne sont pas représentatives. Dans tous les cas, elles ne veulent rien dire.



Source : Présentation vocale sur support informatique accompagnant le document *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Réal Boisvert, nov. 2000, 45 p.

Une façon de bien traiter le sujet consiste à définir des entités dont la taille se doit d'être à l'échelle humaine et qui regroupent des personnes partageant des caractéristiques sociales, culturelles et économiques communes, tout en habitant un territoire bien circonscrit. C'est ainsi qu'il a été proposé de définir les communautés comme étant des quartiers ou des paroisses en milieu urbain et des villages en milieu rural. Ce découpage, en plus d'être compatible avec les besoins de la recherche elle-même, a permis de produire des résultats utiles à l'intervention communautaire, donc pouvant contribuer au développement social.

La connaissance et la surveillance de l'état de santé des communautés

Les communautés les plus prospères au point de vue économique sont bien sûr les communautés où les indicateurs de santé et de bien-être sont les plus enviables. Mais encore ? À défavorisation égale, l'étude a démontré que certaines communautés résistent davantage aux effets néfastes sur la santé d'un environnement hostile où les conditions socioéconomiques sont difficiles.

Ainsi, les résultats obtenus auprès des communautés de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont permis de vérifier que la relation entre pauvreté et moins bonne santé est très forte. Près du tiers des communautés défavorisées regroupent des personnes dont l'espérance de vie est inférieure à la moyenne. À l'inverse, certains milieux plus favorisés se retrouvent en situation de surmortalité. À partir de cette information, on peut dresser une première typologie des communautés en fonction de certaines caractéristiques sociosanitaires. Il est possible de distinguer, par exemple, les communautés les plus problématiques de celles qui sont en situation de vulnérabilité ou de celles qui, en raison de certains facteurs de protection, tout en étant défavorisées sur le plan économique, résistent aux effets néfastes de la pauvreté. Partant de là, il est par conséquent possible de moduler les interventions de santé et de bien-être en milieux défavorisés en fonction des caractéristiques des communautés.

Ceci étant dit, tout ne peut être expliqué à partir d'une seule étude générale. Les études de terrain doivent donc prendre le relais de la recherche de nature quantitative. Aller sur place, en marchant, en regardant et en écoutant, voir ce qui se passe au plan de la qualité de la vie, au regard des liens d'entraide, des rapports de voisinage et de l'organisation des services publics. Interroger des informateurs clés, rencontrer les gens du milieu. Le développement des communautés n'exige pour la recherche rien qu'il ne prône pas déjà pour stimuler la participation sociale : une attention portée à l'être humain, le décloisonnement des opérations et l'intégration des perspectives.

Le développement des communautés
et la promotion des milieux
de vie sains
et sécuritaires

CHAPITRE

Source : Corporation de l'île St-Quentin

LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS OU LA PROMOTION DES MILIEUX DE VIE SAINS ET SÉCURITAIRES

La seule action globale, comme l'action sur les grands déterminants sociaux telle que vue précédemment, n'est pas suffisante pour élaborer des interventions efficaces en santé publique. Pour être plus complète, l'action doit s'appuyer sur des stratégies précises et des cibles bien définies au sein des communautés. Ainsi, peut se distinguer le développement des communautés en particulier en opposition au développement social en général. Si le développement social vise l'action sur les grands déterminants sociaux, le développement des communautés s'intéresse aux lieux où se déroule l'action. La cible du développement des communautés, ce sont les milieux de vie. Sa stratégie, l'organisation de l'action par projet. Ensemble, stratégie et cible d'action forment sur le terrain un cadre cohésif utile à regrouper les interventions de santé par sphère d'activité au sein des communautés : milieu scolaire, milieu du travail, milieu des loisirs, environnement.

Un tel encadrement de l'action par projet et par milieu de vie est riche d'une histoire faite de participation et de mobilisation sociales au sein des quartiers, des villages, des entreprises, des écoles, des paroisses, des organisations, etc. Autant de lieux où se consolide au jour le jour la fibre des communautés en santé. Voici quelques exemples de ce type d'intervention auquel peut être associé le réseau.

3.1 Le milieu municipal

L'approche développée par les instigateurs de «Villes et villages en santé » (VVS) vise à mettre la santé et le bien-être des populations au cœur des préoccupations des décideurs locaux. Cette approche est essentiellement la même, qu'elle s'adresse à des décideurs municipaux, scolaires ou à des chefs d'entreprise.

VVS vise à améliorer la santé ou plus globalement la qualité de vie des citoyens vivant dans une localité. La municipalité constitue un partenaire majeur du réseau de la santé dans le souci de créer un environnement sain et sécuritaire pour l'ensemble des membres d'une communauté. En effet, une municipalité, par le développement économique et la création d'emplois qu'elle favorise, par ses règles d'aménagement du territoire, par l'accessibilité

aux lieux de loisirs, par son souci de contribuer à la revitalisation de quartiers ou de milieux de vie, peut avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être de ses citoyens.

Par exemple, les municipalités ont des responsabilités claires en ce qui concerne la qualité de l'air et de l'eau, la gestion des déchets et les voies de circulation. Elles peuvent adopter des dispositions qui favorisent l'exercice de la marche ou l'utilisation du vélo, ce qui a pour effet de diminuer l'incidence des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires. Les villes peuvent aussi agir pour lutter contre la pauvreté par le biais du développement du logement social, par l'aide fournie aux sans abris ou aux itinérants, entre autres. Voilà autant de mesures pouvant contribuer, en partenariat avec les intervenants du réseau, à l'amélioration de la santé de l'ensemble des citoyens comme des personnes les plus démunies[18].

3.2 L'environnement

En matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, les actions visent à informer et à sensibiliser la population et les organisations responsables des problématiques environnementales ayant un impact sur la santé.
Qu'il s'agisse de prévenir des situations relatives à la contamination de l'eau potable ou de mettre en place des plans de contrôle municipal de l'herbe à poux, les actions visent la promotion d'un environnement sain et sécuritaire.
L'aménagement du territoire est une composante majeure de l'environnement physique, lui-même un important déterminant de la santé. Les choix d'aménagement du territoire, ou l'absence de tels choix, peuvent, par exemple, favoriser des inégalités en matière de santé, créer des lieux impropres à la santé publique ou, à l'inverse, permettre de développer des environnements sains et sécuritaires favorables à la santé, en prenant en compte et en atténuant les nuisances et les risques d'origine naturelle et anthropique. L'aménagement du territoire peut donc avoir une influence sur plusieurs problèmes de santé, dont des traumatismes, des maladies respiratoires, certains cancers, des maladies cardiovasculaires et plusieurs problèmes sociaux visés par la Politique de santé et de bien-être du MSSS et les Priorités nationales de santé publique.
Le schéma d'aménagement des MRC est un instrument permettant la planification d'un développement et d'un aménagement territorial durable, c'est-à-dire qui répond aux besoins et assure la santé des générations actuelles sans grever les ressources ou les territoires de façon à affecter les générations futures. Il coordonne l'organisation spatiale des différents secteurs d'activité et

18 Richard LESSARD, « *Garder notre monde en santé* », Le Devoir, octobre 2001.

fait les meilleurs choix concernant le type et la localisation des équipements et des infrastructures. La révision des schémas d'aménagement est une occasion d'inscrire de façon durable l'aménagement du territoire dans un cadre plus global d'amélioration de l'état de santé et de bien-être des collectivités.

3.3 Le milieu scolaire

Le milieu scolaire demeure un milieu de vie particulièrement déterminant pour la santé et le bien-être des générations futures. La socialisation des jeunes, l'apprentissage de saines habitudes de vie, l'acquisition d'attitudes et d'aptitudes favorisant le passage à une vie adulte pleinement assumée passent par une formation scolaire où le jeune doit être valorisé et être au centre du projet scolaire. Le réseau de la santé, en plus d'offrir une réponse intégrée lorsque le jeune présente des problèmes psychosociaux ou de santé, contribue à la création d'un environnement scolaire favorable par un ensemble d'interventions préventives et de promotion de la santé. Il peut s'agir, à titre d'exemple, des services de vaccination, la pratique d'activités physiques, la promotion d'une alimentation saine ou le maintien d'un environnement sans fumée, des services dentaires préventifs ou encore des approches visant la résolution non violente des conflits, prônant une sexualité responsable et favorisant la prévention des grossesses à l'adolescence et des maladies transmissibles sexuellement.

Les jeunes et l'activité physique en milieu scolaire

Pour souligner l'importance des actions qui contribuent à la santé des jeunes en milieu scolaire, le document intitulé *Proposition du directeur de santé publique au milieu scolaire pour contrer le désengagement de jeunes face à la pratique d'activités physiques* est distribué depuis l'automne 2001. Il circule donc au sein des commissions scolaires de même que dans les CLSC par l'entremise du projet « Équipe École en santé ».

La proposition du directeur régional de santé publique présente cinq recommandations dont voici deux exemples. La recommandation 3 rappelle l'importance de favoriser une utilisation optimale des équipements qui permettent la pratique d'activités physiques. La recommandation 4, quant à elle, promeut le développement d'un environnement sécuritaire favorisant les déplacements non motorisés des élèves entre la maison et l'école.

Par cette proposition, le directeur régional de santé publique présente une façon concrète de faire de l'école un milieu favorable à la pratique d'activités physiques. Il est à noter qu'une offre de soutien des membres de l'équipe Kino-Québec accompagne la proposition.

3.4 Le milieu de travail

Depuis 1979, la Loi sur la santé et la sécurité du travail confie au directeur régional de santé publique le mandat de réaliser les activités prévues au contrat liant la Commission de la santé et de la sécurité au travail au réseau de la santé. Des activités de surveillance médicale et environnementale, de soutien aux pratiques préventives et de formation aux interventions de premiers secours et de premiers soins font partie des interventions réalisées par le réseau.
En plus des actions traditionnelles réalisées par les équipes de santé au travail, des interventions peuvent contribuer à créer un environnement de travail facilitant le maintien de saines habitudes de vie. De plus, des interventions réalisées dans une perspective de prise en charge par le milieu peuvent aussi promouvoir un climat organisationnel favorable à la résolution des problèmes des milieux susceptibles d'affecter la santé et le bien-être des travailleurs.

Santé et sécurité au travail pour les futurs travailleurs

Un projet d'intervention concertée en matière de santé et de sécurité a récemment été mis sur pied dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il vise à favoriser une plus grande prise en charge par les élèves, lesquels sont les travailleurs et employeurs de demain. L'initiative de la Régie régionale et de trois CLSC mandataires des services de santé au travail réunit, pour la première fois en région dans un tel projet, tous les partenaires qui travaillent en prévention en santé et sécurité.

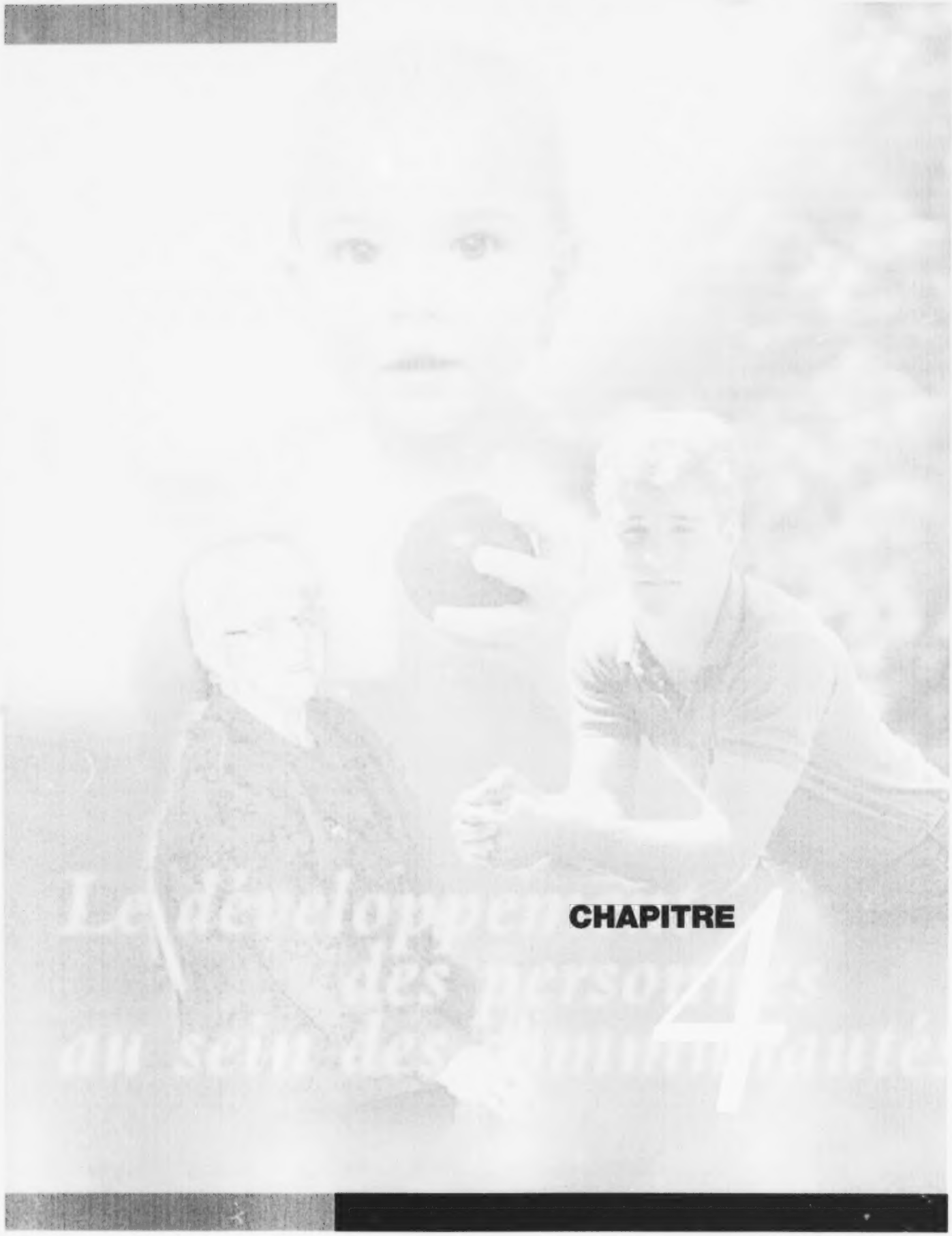
Ce projet a deux particularités : il propose une approche des activités ordinaires des équipes de santé au travail et a suscité un intérêt certain auprès des partenaires. En effet, ce projet d'intervention concertée sera appliqué à trois métiers et réalisé en collaboration avec le Centre de formation professionnelle (CFP) et le CLSC de chaque région désignée. Par exemple, le métier d'abatteur forestier sera traité à l'école forestière de La Tuque et au CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie ; le métier de carrossier, au CFP Qualitech de Cap-de-la-Madeleine et au Centre de santé Cloutier-du Rivage ; le métier de soudeur, au CFP Paul-Rousseau de Drummondville et au CLSC Drummond.

3.5 Et le milieu humain ?

Milieu municipal, milieu scolaire, milieu du travail et environnement, voilà autant de dimensions utiles mais cependant abstraites des communautés. Ce sont les hommes et les femmes qui peuplent ces milieux qui leur donnent une existence concrète. Après avoir parlé de développement social, développement des communautés, d'action sur les grands déterminants sociaux et de projet de santé par milieu de vie, voyons maintenant comment la

composante humaine participe à l'existence de communautés en santé. Cette composante, rappelons-le, est traitée dans le prochain chapitre selon trois stades de la vie : les 0-17 ans, les 18-54 ans et les 55 ans et plus. Chaque catégorie d'âge est traitée à partir d'une description succincte de la problématique et des enjeux qui lui sont spécifiques. De même, s'ajoutent quelques exemples d'interventions universelles et sélectives qui sont à privilégier en promotion/prévention.

Commençons d'abord par une histoire inspirée de faits vécus, l'histoire de la famille d'Éric.



CHAPITRE 4

L'histoire de la famille d'Éric

Éric, un enfant âgé d'un an, a vu le jour dans un quartier ouvrier francophone. Tout allait bien pour lui et ses parents, jusqu'à ce que son père reçoive un avis de mise à pied.

Une semaine après son congédiement, Henri, le père, se montre de plus en plus déprimé et dépassé par les événements. Il ne désire pas discuter de cette épreuve avec sa conjointe, Rita, et vit intérieurement un fort sentiment de honte. Or, un matin, prétextant une réunion syndicale, il quitte le domicile. Éric et sa mère sont depuis sans aucune nouvelle de lui.

La situation vécue par Rita est loin d'être facile : elle n'a ni revenu, ni de quoi nourrir son jeune enfant. Elle angoisse et craint qu'une intervenante du CLSC vienne lui enlever Éric pour le placer dans une famille d'accueil. Elle ne sait plus quoi faire.

Que feriez-vous si vous étiez à la place de Rita ? Quelle est l'approche à préconiser en pareil cas ? Devez-vous recourir à une ou plusieurs interventions ? Pendant combien de temps, à quel degré d'intensité et à quel coût ? Dans un contexte tel que Des communautés en santé, *quel est l'acteur ou les acteurs pouvant le mieux aider cette famille ?*

4.1 Les enfants, les jeunes et leur famille

Notre société accorde beaucoup d'importance aux enfants, et à juste titre d'ailleurs, puisque le Québec présente actuellement une faible fécondité faisant obstacle au maintien d'un renouvellement des générations. La pyramide des âges se trouve inversée. Ce phénomène se traduit par une base rétrécie qui reflète la diminution des naissances, alors que le haut s'épaissit signifiant un vieillissement de la population. Dès lors, nous comprenons un peu mieux pourquoi l'État québécois préconise certaines mesures fiscales ou programmes sociaux, comme les places à cinq dollars dans les garderies, en vue de mieux répondre aux besoins des familles.

Par ailleurs, l'intérêt porté envers cette clientèle que sont les enfants et les jeunes de 0 à 17 ans de même que leur famille se manifeste également par le nombre croissant de publications consacrées année après année dans ce domaine. Au cours de la dernière décade, cette clientèle a été l'objet de nombreuses études et constitue toujours un champ de recherche fertile et en pleine expansion. De tout ce lot, il y a un écrit qui se dégage en apportant non seulement une vision de synthèse inspirée d'ouvrages antérieurs,

mais en ralliant plusieurs intervenants à une cause commune. Il s'agit du rapport du groupe de travail pour les jeunes intitulé *Un Québec fou de ses enfants*[19]. Dans ce document, Camil Bouchard qui préside ce groupe de travail exhorte Marc-Yvan Côté, à l'époque ministre de la Santé et des Services sociaux, à privilégier une approche intégrée dans le continuum des services destinés à l'enfance et à la jeunesse, de même qu'à déployer des services en prévention et, surtout, à les financer sur une base récurrente. Ces tendances, lesquelles sont toujours considérées d'actualité et en voie de se réaliser, seront largement reprises plus tard dans d'autres documents ministériels.

De manière plus concrète, voici quelques lignes qui explorent certaines réalités du monde des enfants, des jeunes et de leurs parents dans les années 2000.

Un nouveau-né vient de voir le jour, quel émerveillement pour ses parents. Petit à petit, ils s'habituent à cette nouvelle présence. Bien vite, le bébé interagit mieux avec le monde extérieur; il communique plus aisément ses besoins par des pleurs, des cris et des sourires. À quatre pattes maintenant, il explore l'environnement qui l'entoure tout en s'assurant de déguster, de temps à autre, les objets mystérieux rencontrés ici et là sur son passage. Maîtrisant de mieux en mieux le potentiel de son corps, il se relève et expérimente les avantages de la marche.

Rapidement, les années passent. Le nouveau-né d'hier devient un enfant, puis un adolescent. Durant cette évolution, de nouvelles réalités et de nouveaux comportements surviendront. Ce qui prévalait à l'âge de cinq ans du point de vue comportemental va différer lorsque le jeune atteindra quatorze ans. À l'adolescence, par exemple, cette étape de passage vers l'âge adulte est généralement associée à de nouvelles expériences comme le fait de s'adonner au tabagisme avec sa bande d'amis, d'avoir sa première relation sexuelle avec son copain ou sa copine, ou bien de consommer certaines drogues juste pour le plaisir d'essayer. Les activités à risque deviennent ainsi fort prisées à cet âge, puisqu'elles sont généralement associées à de nouvelles expériences. D'où l'importance d'être sensible au fait que le développement du potentiel humain, de l'enfance à l'adolescence, obéit aux lois d'une évolution non linéaire, c'est-à-dire qui repose sur des équilibres instables plutôt que sur une dynamique préétablie.

De leur côté, les parents doivent remplir des fonctions et exercer des rôles pour lesquels ils ne se sentent pas toujours bien préparés. À vrai dire,

---

19 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes,Gouvernement du Québec, 1991, p. 9-11.

les connaissances reliées au rôle de parent ne sont pas innées. On ne naît pas parent, mais on apprend à le devenir au fur et à mesure. Ainsi, tout au long de ces années, durant l'éducation de leur enfant, les parents subissent une pression sociale importante, celle de pourvoir adéquatement aux nombreux besoins de la famille qu'ils soient d'ordre matériel, affectif, social ou autres.

Cependant, certaines circonstances de la vie peuvent aussi contraindre des individus à ne pas s'investir pleinement dans leur rôle de parent, soit à court terme, soit à long terme. Pensons à ceux aux prises avec des antécédents familiaux d'abus sexuel et de négligence parentale, aux mères monoparentales vivant une perte d'emploi, aux parents divorcés dont l'insécurité se répercute sur les enfants, aux mères sans soutien ni répit après la naissance d'un enfant, etc. Malgré une situation difficile, les parents doivent tout de même continuer à subvenir aux divers besoins de leur famille et à gérer le mieux possible les périodes de turbulence pouvant affecter la dynamique familiale.

4.1.1 La transformation de la réalité familiale

Au cours des trente dernières années, le concept de la famille s'est grandement modifié et a pris une tournure qui n'a plus de commune mesure avec le modèle familial traditionnel[20]. Ainsi, nous sommes rapidement passés de la famille nucléaire (père, mère et enfants) à de nouveaux types de famille : monoparental, recomposé, sans enfant, etc. En plus, la majorité des parents doivent composer avec la contrainte de temps, le partageant alors entre le travail, les responsabilités familiales et, parfois même, les soins à prodiguer à leurs parents âgés. Cette nouvelle réalité sociale caractérise présentement le paysage familial québécois.

Les besoins fondamentaux des enfants

Au-delà de cette transformation rapide de la famille, les besoins fondamentaux des enfants, eux, sont demeurés les mêmes. Peu importe le type de famille envisagé, tous les enfants espèrent compter sur des parents qui les auront désirés dès la conception, qui les chériront tout au long de leur vie, qui les stimuleront pour éveiller leur curiosité face au monde extérieur, qui les alimenteront convenablement, qui leur fourniront un milieu sain et sécuritaire pour favoriser leur santé et leur bien-être, qui s'impliqueront dans leur apprentissage scolaire et de la vie en général et qui prendront du temps pour

---

20 CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, *Et si on parlait des familles et des enfants... de leur évolution, de leurs préoccupations et de leurs besoins!*, Le rapport 1999-2000 sur la situation et les besoins des familles et des enfants, Gouvernement du Québec, 2000, 66 p.

se divertir avec eux. Une attention parentale bien dosée est essentielle pour le développement physique, psychologique et social des enfants. C'est en fait tout ce qui les aidera à mener ultérieurement une vie plus harmonieuse au sein de la société.

En revanche, lorsque les enfants sont privés d'affection, d'amour et de confiance de la part des parents, des effets néfastes sur l'estime de soi sont susceptibles de se produire. Ceci pourrait expliquer, en partie, la violence et les autres comportements antisociaux observés actuellement chez les enfants[21].

Les parents et les enfants en situation de vulnérabilité

Certains adultes éprouveraient des difficultés dans l'accomplissement de leurs rôles et leurs taches de parents. Pourquoi en est-il ainsi ?

D'une part, une certaine confusion n'est pas étrangère à la multitude d'avis, souvent contradictoires, émis par les spécialistes ou professionnels de toutes sortes. Par exemple, certains prônent que l'autorité amène le respect alors que d'autres affirment qu'au contraire la permissivité favorise l'épanouissement personnel. Comment ne pas développer un sentiment de culpabilité pour un parent, voire même d'incompétence devant la diversité des attentes véhiculées à leur endroit, tant par les spécialistes que les proches ou l'entourage.

En dépit de certaines controverses, un fort consensus semble se dégager en ce qui concerne le rôle parental. En effet, la question ne porte pas tant sur la valeur propre de l'approche éducative, mais sur le fait que le meilleur développement du potentiel des enfants réside dans l'attention et le soutien qui leur sont apportés. Plutôt que de choisir entre la permissivité et l'autorité, il s'agit d'éviter le plus possible les problèmes générés par la négligence.

D'autre part, certains individus éprouveraient des difficultés parentales parce qu'ils ont été durement touchés, soit au cours de leur enfance, soit au cours de leur vie adulte. Les problèmes peuvent être d'ordre familial (abus sexuel et violence), comportemental (alcoolisme et toxicomanie), économique (chômage et pauvreté), environnemental (logement insalubre) ou social (absence d'un réseau de soutien et de services de répit), ce qui les prédisposent à divers problèmes de santé physique et mentale, qu'ils soient sévères ou non.

---

21 Trevor HANCOCK, *Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé : un défi pour la santé publique au 21e siècle*, texte préparé pour la session des Journées annuelles de santé publique, 4 novembre 1999, p. 26.

Dans bon nombre de cas, ces parents cumulent plusieurs facteurs de risque qui s'enchevêtrent les uns avec les autres, faisant en sorte qu'ils deviennent une chentèle très vulnérable pour le réseau de la santé et des services sociaux. De leur côté, les enfants issus de ces familles à risque, caractérisées par l'insuffisance de soutien parental, le dysfonctionnement familial et l'état dépressif des parents, sont plus susceptibles d'éprouver plus tard des problèmes affectifs, comportementaux et des difficultés scolaires et sociales[22,23].

Les pratiques parentales ont définitivement un impact favorable ou défavorable sur le développement des enfants. Parmi les pratiques négatives, figurent l'insensibilité des parents, l'incapacité à surveiller l'enfant, le manque de soutien affectif et l'hostilité[24].

La notion de vulnérabilité

Toute personne est susceptible de devenir, à un moment de sa vie, une personne en situation de vulnérabilité. Cette période de vulnérabilité peut être momentanée ou de longue durée. Elle peut survenir, par exemple, après une rupture, un divorce, une perte d'emploi ou à la mort d'un enfant. De plus, il y a certaines phases de transition qui peuvent même augmenter la vulnérabilité chez les individus qui n'ont pas un profil de personne à risque. Cela se produit notamment lorsque survient la naissance d'un premier enfant ou lorsque celui-ci ira à l'école. Si de telles situations peuvent devenir stressantes pour chacun d'entre nous, elles le sont d'autant plus pour les personnes cumulant des facteurs de risque et devant composer avec de nouvelles situations angoissantes associées à la survie.

Les facteurs de protection

La façon de gérer les épreuves de la vie dépend habituellement des ressources dont l'individu dispose. Dans l'histoire d'Éric, Rita a-t-elle réussi à développer dans le passé des facteurs de protection individuelle découlant de ses expériences antérieures? Pour s'en sortir, peut-elle compter sur ses propres mécanismes d'adaptation, sur un réseau d'aide naturelle ou sur des services de la communauté? Si tel est le cas, Rita pourra composer plus facilement avec les épreuves de la vie qui perturbent présentement sa dynamique familiale. Sinon, elle pourra plus difficilement résoudre ses problèmes.

---

22 Lyne JOBIN, *Les orientations régionales en promotion du bien-être et en prévention primaire des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, 1999, 76 p.

23 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Le développement social au Québec 1995-2000. Bilan au regard des décisions prises au Sommet mondial pour le développement social*, Gouvernement du Québec, 2000, 63 p.

24 STATISTIQUE CANADA, *Les enfants du Canada durant les années 90 : certains résultats de l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, printemps 1997, 10 p.

Les services en promotion/prévention auprès des enfants, des jeunes et de leur famille

Il faut garder à l'esprit que la plupart des enfants vivent dans un milieu familial positif et que cette tendance pourra être maintenue ou améliorée grâce au déploiement de services qui agissent en amont des problèmes. En cela, nous faisons référence au fait d'encourager l'acquisition de saines habitudes de vie durant la grossesse, de vacciner les nouveau-nés contre certaines maladies infectieuses, de promouvoir l'allaitement maternel, de valoriser les rôles du père et de la mère, de promouvoir les compétences parentales, de stimuler précocement les enfants, d'accompagner et soutenir les enfants et les jeunes dans leur apprentissage scolaire, d'encourager et soutenir les jeunes dans un mode de vie actif, de sensibiliser les jeunes à une consommation modérée d'alcool, de leur fournir des milieux sains qui ne les exposent pas à la fumée de tabac, de les responsabiliser dans leur sexualité, d'implanter le concept « Équipe École en santé », etc.

« Équipe École en santé »

Réunir des parents ainsi que des représentants de l'école, de la communauté et du CLSC pour identifier des actions qui amélioreront la santé et le bien-être des élèves et même du personnel de l'école, voilà le sens de l'initiative « Équipe École en santé ». Quelques projets existants : sensibilisation à la détresse chez les jeunes via la campagne « Parler c'est grandir », sensibilisation des intervenants de l'école à l'importance de leur rôle auprès des élèves, prévention de l'anorexie et des troubles alimentaires. La clé du succès de ces interventions : répondre à des préoccupations communes et partagées par les membres de l'« Équipe École en santé » et son milieu.

Généralement, les personnes moins à risque ne requièrent pas le même type de service que celles en situation de vulnérabilité. En effet, ces dernières nécessitent des services préventifs sur une base continue qui prennent en considération l'ensemble des problèmes vécus par la personne et, pour lesquels, ils doivent s'intensifier sur une longue période d'intervention. Malheureusement, dans le réseau de la santé et des services sociaux, la clientèle en situation de vulnérabilité reçoit encore des services ou des programmes ayant pour caractéristiques d'être de courte durée, peu intenses et centrés sur un facteur de risque. Ce type d'intervention est qualifié par les intervenants d'approche par silo et est souvent décrié par ceux-ci.

Pour mieux comprendre, prenons le cas de familles vivant sous le seuil de la pauvreté, qui sont sous-scolarisées, qui font l'objet de signalements pour la négligence parentale ou qui ont des habitudes de vie qui vont à l'encontre du maintien d'une bonne santé, tel le tabagisme. Dans la littérature, il est rapporté que les enfants issus de ce type de famille seraient plus à risque de présenter

un développement général, intellectuel et affectif non-optimal[25], d'être davantage isolés socialement et de vivre plus d'anxiété et de dépression[26,27] comparativement aux autres enfants n'étant pas exposés à ces facteurs de risque. Par ailleurs, d'autres études[28,29] démontrent que plusieurs de ces parents ont été marqués par des événements traumatisants subits au cours de l'enfance, en plus de connaître des problèmes d'apprentissage et de comportements. En intervenant dans un tel contexte, il va sans dire qu'une intervention non intégrée et de courte durée ne s'avère pas efficiente, puisqu'elle ne viendra pas à bout de briser le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle, ce qui correspond en fait à un trait culturel appris. Seuls des services appropriés et intenses nécessitant beaucoup de temps d'intervention pourront aider à contrer les risques inhérents à ces situations.

À titre d'exemple, « Naître égaux - Grandir en santé » (NE-GS) est un programme à la fois en prévention et en promotion de la santé qui poursuit une logique d'intervention basée sur l'approche écologique du développement humain[30]. Les interventions comprises dans NE-GS ne sont pas axées uniquement sur les individus (parents et enfant), mais également sur les facteurs de risque qui leur sont externes, comme la pauvreté et la mono-parentalité, étant toutes deux des sources importantes de détresse. En d'autres termes, ce programme considère la personne dans sa globalité plutôt que de la voir uniquement comme individu. De plus, l'ensemble des interventions doivent le plus possible s'intégrer les unes aux autres.

NE-GS est donc ce type de programme pouvant prévenir précocement les difficultés qu'un enfant pourrait éventuellement vivre si rien n'était fait, c'est-à-dire dès la grossesse jusqu'à l'âge de deux ans. Or, dans le cas d'Éric, les risques ont été diminués, puisque sa mère a bénéficié d'interventions soutenues pendant près d'un an au CLSC. En établissant une relation de confiance avec la mère d'Éric, l'intervenante en est venue à mieux

---

25 E. PALACIO-QUINTIN, et C. JOURDAN-IONESCU, *Effets de la négligence et de la violence sur le développement des jeunes enfants*, Prisme, vol.4 (1),1994, p. 145-156.

26 C. JOURDAN-IONESCU, Expression du vécu d'enfants maltraités par leurs parents,in Provost (ED) *Comprendre la famille*, Québec, Presse de l'Université du Québec, 1992, p. 633-644.

27 E. PALACIO-QUINTIN, Detecting Young Victims of Physical Abuse, in G. Kaiser, H. Kury et Albrecht (Ed.) *Particular Group of Victims. Victims and Criminal Justice*, Freiburg: Max Planck Institute Series, vol.52,1991, p. 373-392.

28 D. CICCHETTI,et LYNCH,Failures in the Expectable Environment and their Impact on Individual Development : The case of Child Development in Dante Cicchetti et Donald J. Cohen (EDS.) *Developmental Psychopathology : Risk,Disorder and adaptation*, New York, John Wiley and Sons inc.,1995, p. 32-71.

29 E. PALACIO-QUINTIN, G. COUTURE, J. PAQUET et autres, *Projet d'intervention auprès des familles négligentes présentant ou non des comportements violents*, rapport présenté à la Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada,1995,250 p.

30 Francine OUELLET, et autres,Intervention en soutien à l'empowerment dans *Naître égaux - Grandir en santé*, NPS, vol.13,no 1,2000, p. 85-102.

comprendre son univers : ses origines familiales, sa conception de l'éducation des enfants et surtout connaître les difficultés de vie qui la tracassent. Dans un tel contexte, l'action se déroule en promotion de la santé. L'intervenante agit dans le milieu naturel et aide la personne à cheminer dans la quête de solutions pouvant résoudre ses problèmes, entre autres, par le biais de l'*empowerment*, l'une des stratégies efficaces en promotion de la santé. L'action de l'intervenante est aussi de nature préventive. Elle agit sur des facteurs qui conduiraient probablement, sans aucune intervention précoce, à des risques d'abus et de négligence.

En somme, NE-GS est un programme qui s'inscrit dans la foulée du cadre de référence *Des communautés en santé*, puisqu'il constitue une réponse efficace et empreinte de respect pour venir en aide aux personnes vivant en situation d'extrême pauvreté.

L'avenir de la famille

« La majorité des familles n'ont pas de difficultés majeures, mais il n'est pas dit qu'elles ne requièrent pas un support ponctuel et un encouragement périodique[31]*. »*
Ce constat émis par le Conseil de la famille et de l'enfance dans son rapport 1999-2000 est certes fort encourageant, mais ces familles ne doivent pas se considérer pour autant à l'abri. En effet, avec la mondialisation des marchés, les conditions de travail pourraient se détériorer dans certains secteurs très compétitifs ou dans d'autres disposant d'une main-d'œuvre insuffisamment qualifiée. Selon le Conseil, un accroissement de la pauvreté est donc prévisible dans les prochaines années.

À cet égard, de nombreuses études indiquent que les enfants grandissant dans une famille à faible revenu ont tendance à cumuler les facteurs de risque d'une chaîne de causalité bien connue. Ainsi, un faible intérêt envers l'école est inévitablement suivi d'un comportement qui prédispose au décrochage scolaire. S'ensuit une plus grande probabilité de connaître le chômage, sinon la marginalité suscitée par des emplois précaires durant l'âge adulte. Une faible scolarité et des périodes prolongées de chômage causeraient des dommages à la santé et, en fin de compte, fragiliseraient les capacités cognitives à l'âge avancé[32].

---

31 CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, *op. cit.*, p. 43.

32 Richard WILKINSON, et Michael MARMOT, *The solid facts (Social determinants of health)*, World Health Organization Europe, 1998, p. 13.

4.1.2 Les enjeux reliés aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Trois enjeux sont évoqués dans cette section et constituent autant de défis importants à relever par tous ceux qui se sentent interpellés par les enfants, les jeunes et leur famille.

Intensifier les actions pour lutter contre les déterminants de la pauvreté et diminuer l'exclusion sociale

Ces objectifs de santé sont d'une importance capitale pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, car plusieurs problèmes rencontrés sur le terrain sont déterminés par le revenu, la scolarité, les conditions de logement et l'accessibilité à un emploi. Ainsi, une intervention en amont prend toute son importance dans les premières années de vie, car les actions précoces deviendront significatives plus tard dans la vie du futur adulte. C'est sur cette base que l'action en amont du réseau de la santé avec les partenaires des autres secteurs trouvent sa légitimité.

Assurer le financement, la continuité et l'accessibilité des services en promotion/prévention

Une étude réalisée par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé[33] affirme que certains établissements à vocation CLSC, étant responsables d'une mission CHSLD déficitaire et subissant la pression du virage ambulatoire de même que les compressions dans le personnel et les budgets, en sont venus à couper, dans un premier temps, les activités en promotion/prévention à cause de leur manque de visibilité et d'impact à court terme. Elles deviennent, pour ainsi dire, l'une des premières cibles lorsque survient l'étape des coupures. Bien que des données similaires ne soient pas disponibles pour notre région, la Régie régionale et le réseau de la santé doivent se prémunir face à cette tendance en privilégiant des actions qui protégeront mieux les investissements en promotion/prévention afin d'assurer la continuité des services en enfance-jeunesse-famille. Il en va de même en ce qui a trait à l'accessibilité des services préventifs. Il faut protéger ce principe tant pour les personnes socioéconomiquement défavorisées que pour les personnes pouvant devenir momentanément à risque, en raison de difficultés vécues à des moments précis de leur vie.

---

33 Lucie RICHARD, et autres, *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, octobre 2001, p. 17.

Privilégier une approche intégrée dans l'intervention

Tel que stipulé dans *Agissons en complices*[34], une approche intégrée en matière d'intervention entre les différents et nombreux partenaires qui évoluent dans ce secteur est de mise. Comme la majorité des problèmes de santé ont des causes multifactorielles, cela nécessite des actions efficaces devant être appliquées dans divers milieux de vie où l'on retrouve les enfants, les jeunes et leurs parents : parc, piste cyclable, maison de jeunes, école, aréna, piscine, groupe d'entraide, etc.

Pour des familles en santé dans la MRC de l'Érable

La journée familiale de la MRC de l'Érable constitue certes un bel exemple de travail intersectoriel en promotion de la santé auprès des familles.

En effet, depuis maintenant huit ans, un organisateur communautaire du CLSC-CHSLD de l'Érable travaille en collaboration avec des représentants des secteurs municipal,scolaire, communautaire et institutionnel du territoire pour organiser cet événement tant attendu qui attire à chaque fois près de 700 personnes. Les intervenants des équipes jeunesse et enfance-famille (infirmières, agents de relations humaines, hygiénistes dentaires et éducatrices) s'impliquent activement dans la préparation des ateliers qui proposent des contenus informatifs sous forme ludique. Diverses activités sont également préparées et animées par les intervenants des organismes communautaires du milieu qui sont aussi présents sur les lieux pour donner de l'information aux parents. La tenue de l'événement nécessite la participation d'une vingtaine de bénévoles principalement recrutés auprès d'un organisme jeunesse œuvrant en milieu rural.

Par cette activité, le CLSC-CHSLD de l'Érable et ses partenaires veulent favoriser le rapprochement des membres de la famille par la pratique d'activités de plein air et de loisirs.

4.1.3 Les interventions

Les tableaux 1, 2, 3 et 4 ont été principalement élaborés à partir de deux cadres de référence intitulés *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional*[35] et *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*[36]. De plus, nous avons consulté le répertoire d'interventions de santé publique auprès des jeunes de 5 à 17 ans de la DSP de la Montérégie intitulé *Agir en couleurs*[37].

34 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Agissons en complices, pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*, Gouvernement du Québec, 1998,76 p.

35 CONSEIL DES DIRECTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional*, Saint-Hubert,mai 1997,47 p.

36 CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, Santé publique, 1999,65 p.

37 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Agir en couleurs : Répertoire d'interventions de santé publique auprès des jeunes de 5 à 17 ans*, Direction de la Santé publique et de la Planification et de l'Évaluation,Montérégie, 1999,388 p.

Quelques interventions en promotion/prévention sont présentées en guise d'exemples, tant sous l'angle des mesures universelles que sélectives. Enfin, des cibles d'action prioritaires s'ajouteront à celles-ci lorsqu'elles seront déterminées dans le cadre du futur programme national de santé publique et du futur plan d'action régional de santé publique en 2002.

Tableau 1 - Mesures universelles pour les 0-5 ans

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- Amélioration des habiletés des parents envers l'enfant de 0 à 2 ans via *Mieux vivre avec son enfant*. - Création de liens significatifs entre parents et enfants par l'activité physique : Jeux et exercices pour enfants et parents (JEEP).	- Loi sur le tabac visant la protection des non-fumeurs.	- Rencontres prénatales. - Soins préventifs reconnus efficaces incluant le suivi médical de la grossesse. - Distribution gratuite de *Mieux vivre avec son enfant*. - Services de soutien à l'allaitement. - Visite postnatale à domicile universelle suite à un congé précoce. - Programme de vaccination. - Programme public de services dentaires préventifs (0-24 mois). - Programme « Pour une maternité sans danger » appliqué en milieu de travail.

Tableau 2 - Mesures sélectives pour les 0-5 ans

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- Naître égaux - Grandir en santé (NE-GS). - Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP). - Programmes de stimulation précoce.	- Services d'éducation, d'accompagnement et de soutien familial, exemple : Y'APP, valorisation du rôle du père et engagement. - Soutien aux communautés : « 1,2,3,Go », PACE, NE-GS. - Services de garde éducatifs dans les centres de la petite enfance et garderies.	- Naître égaux - Grandir en santé (NE-GS). - Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP). - Soins préventifs reconnus efficaces auprès des familles à risque.

Tableau 3 - Mesures universelles pour les 6-17 ans

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- « Méchant problème » (prévention du tabagisme). - PAVOT (prévention de la toxicomanie). - Voltage (promotion de la pratique de l'activité physique auprès des 10-17 ans). - « S'exprimer pour une sexualité responsable » (prévention des grossesses à l'adolescence). - ESPACE (prévention des abus sexuels). - Etc.	- « Équipe École en santé » (promotion de la santé et du bien-être). - Maisons de jeunes (promotion de la santé et du bien-être). - Maison de la famille (promotion de la santé et du bien-être).	- Cliniques jeunesse.

Tableau 4 - Mesures sélectives pour les 6-17 ans

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- FLUPPY (prévention des troubles de comportement chez les enfants ayant des comportements agressifs et turbulents). - Programme ENTRAMIS (promotion de stratégie d'adaptation chez les enfants dont les parents sont séparés).	- Travail de rue (accompagner les jeunes décrocheurs). - VVS (aménagement de milieux sains et sécuritaires).	- Cliniques MTS-Sida pour les jeunes UDI.

L'histoire se poursuit 17 ans plus tard...

Rita s'est liée d'amitié avec une dame habitant le même quartier qu'elle. Cette sexagénaire s'appelle Anne Sauvé. Les deux personnes se connaissent depuis un an déjà et se voisinent régulièrement. Ce soir, Rita a invité son amie chez elle.

Durant la veillée, Rita, lui confie avoir été abandonnée par son mari, dix-sept ans auparavant, alors qu'Éric avait un an. Mais, si heureusement elle s'en était sortie, c'était en grande partie grâce au programme « Naître égaux - Grandir en santé » et à de l'aide extérieure.

Elle se rappelle avoir eu l'occasion de se joindre à une cuisine collective. Cette activité lui a permis de regagner de la confiance et de l'estime de soi. Après quelques années, Rita a même réussi à se décrocher un emploi à temps partiel dans une entreprise d'économie sociale. Elle y exécute des travaux ménagers pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui sont référées par le CLSC.

Même si les choses se sont grandement améliorées avec les années, aujourd'hui, Rita se tracasse pour son fils, Éric, âgé maintenant de 18 ans. En effet, depuis quelque temps, Éric dépense presque toutes ses économies dans les loteries vidéo. Il croit vraiment qu'il va gagner plus rapidement de l'argent ! Mais, au lieu de s'enrichir, bien sûr il s'appauvrit ! Une publicité diffusée dernièrement à la télé a sensibilisé Rita à ce sujet et lui a fait réaliser que son fils est en train de développer une dépendance à ce jeu de hasard. Elle demande donc à madame Sauvé comment elle pourrait s'y prendre pour sensibiliser Éric à cet égard.

Si vous étiez à la place de Rita, seriez-vous préoccupé par le fait que votre fils dépense régulièrement ses économies dans les loteries vidéo ? Sauriez-vous comment intervenir comme parent ? Comme intervenant, connaissez-vous les signes d'un problème engendré par le jeu ? Connaissez-vous le profil des joueurs de machines à sous ? Dans un contexte tel que Des communautés en santé, qui doit intervenir en pareil cas ? Et que devons-nous faire pour prévenir le jeu pathologique auprès des jeunes et des adultes ?

4.2 Les adultes

Appartenir au groupe des 18-54 ans comporte plusieurs défis à relever, comme le fait de terminer ses études pour entreprendre une carrière, se dénicher un emploi pour développer sa créativité et ses compétences, être à la recherche de l'âme sœur pour fonder une famille ou, encore, planifier une préretraite.

Entre 18 et 54 ans, c'est aussi une étape de la vie où l'on subit beaucoup de pression. Cette pression est engendrée par des normes de réussite sociale :

obtenir un emploi, démontrer de la compétence au travail, bien éduquer ses enfants. Plus encore, c'est une étape qui peut facilement générer du stress lorsque survient, en plus, la maladie, la perte d'emploi, les difficultés financières, etc.

Cette même période est aussi caractérisée par l'acquisition ou la consolidation d'habitudes de vie, qu'elles soient saines ou malsaines. La vie trépidante que nous menons et le stress journalier nous empêchent parfois de tenir nos résolutions en lien avec un mode de vie sain.

Pensons à certaines habitudes de vie qui prédisposent à l'apparition de maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. Ces habitudes de vie ont pour effet d'entraver graduellement la santé et le bien-être de l'adulte en augmentant le risque potentiel d'être atteint d'une maladie chronique dans la cinquantaine ou, plus tard, durant la vieillesse. Il en va de même pour certaines maladies contractées dans le milieu de travail ou dans l'environnement qui se déclarent après une longue période d'exposition à des contaminants.

4.2.1 L'incontournable participation sociale des adultes

Le travail rémunéré revêt avec raison une grande importance dans la société d'aujourd'hui. Le fait de travailler entraîne des effets positifs sur l'estime de soi, le statut social, le réseau d'entraide, la santé et la qualité de la vie. Inversement, l'absence d'emploi génère, dans une société compétitive et portée sur la consommation comme la nôtre, du stress et des tensions qui menacent notre santé. Dans bien des cas, les personnes sans emploi ont tendance à vivre un sentiment de culpabilité et à perdre l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes.

L'emploi est également une réalité incontournable. Mais le marché du travail comporte aussi son lot d'emplois précaires et mal rémunérés causant des torts à la santé. Toute la collectivité est interpellée pour apporter les redressements et les correctifs qui s'imposent. Et le réseau de la santé peut faire sa part à ce chapitre.

Dans le contexte actuel, tout aussi nécessaire que soit l'emploi, il n'y a malheureusement pas de travail pour tout le monde. À défaut d'évoluer dans une société où le chômage est absent, il demeure néanmoins possible de favoriser la participation sociale. L'incitation au bénévolat et la participation à la vie publique, la poursuite des études constituent autant d'occasions d'intégration sociale, des façons efficaces de lutter contre l'isolement et l'exclusion si préjudiciables à la santé et au bien-être.

C'est en mettant à contribution tous nos efforts pour favoriser l'insertion sur le marché du travail, la participation à des activités bénévoles et à l'implication à la vie publique que nous pourrons renforcer et soutenir le potentiel des adultes dans les choix qu'ils auront à poser pour eux-mêmes et leurs proches. L'application du concept « des communautés en santé » devrait en principe améliorer leur qualité de vie et faciliter l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être pour le réseau de la santé et ses partenaires. Il est pertinent de rappeler ici qu'une communauté peut influer positivement ou négativement sur l'état de santé des personnes en modifiant notamment la dynamique sociale et les milieux de vie.

Les besoins fondamentaux des adultes

La majorité des adultes partagent les mêmes besoins que ceux des enfants et des personnes âgées, c'est-à-dire aimer et être aimés, s'alimenter convenablement, habiter un logement salubre, demeurer dans un quartier sécuritaire, se vêtir adéquatement, se divertir par des activités culturelles et sportives, etc. Toutefois, il est difficile de combler ces besoins en étant chômeur ou dépendant de la Sécurité du revenu ou encore en vivant dans la pauvreté. Certains adultes privés au plan du soutien affectif et de la participation sociale peuvent en subir des conséquences négatives sur leur santé et leur bien-être.

De même, la plupart des adultes ressentent le besoin de se réaliser dans quelque chose et il importe de se sentir utile pour la société en partageant sa créativité et ses compétences avec ses concitoyens. Le travail, par exemple, occupe une place fort importante dans une vie humaine. Cependant, il faut faire attention à ce que le travail n'accapare pas une trop grande partie de notre vie à un point tel qu'elle en serait déséquilibrée. Cela peut être lourd de conséquences: absence et négligence des proches, stress,maladie, etc.

Les adultes en situation de vulnérabilité

Selon la littérature, il se dégage un consensus autour duquel les premières années de vie d'un enfant sont déterminantes dans le développement ultérieur de la personne et qu'elles conditionnent inévitablement sa capacité d'affronter les situations pénibles même lorsque devenu adulte: *« Il est généralement admis que les épreuves et les expériences difficiles vécues dans les premières années de vie entraînent des conséquences qui sont cumulatives et dont les effets sont inéluctables. C'est ainsi qu'un bon nombre de problèmes de santé et de bien-être observés à l'âge adulte s'expliquent par les expériences traversées au moment de l'enfance. Il en va de même avec les habitudes de vie*[38]. »

---

38 COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS LIÉES À LA PAUVRETÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action!*, ministère de la Santé et des Services sociaux,septembre 2001, p. 26.

La situation particulière des 18-30 ans

Dans ce sous-groupe d'adultes, l'entrée des jeunes sur le marché du travail, la formation du couple et d'une famille coïncident peu après le départ du foyer familial. Mais cette étape de la vie a été repoussée à plus tard depuis les dernières crises économiques. De nos jours, une bonne proportion de ces jeunes adultes doivent retarder leur projet de quitter la résidence familiale parce qu'ils sont étudiants, chômeurs, bénéficiaires de l'aide sociale ou détiennent un emploi précaire. Certains même en sont tenus à résider chez leurs parents plus longtemps que prévu pour des raisons économiques. Le passage à la vie adulte ne se déroule pas sans heurt pour ces jeunes.

D'autre part, le vécu des 18-30 ans est préoccupant pour les petites municipalités du fait qu'elles voient leurs jeunes s'exiler vers les grands centres urbains, et ce, à défaut de pouvoir leur offrir des emplois convenables ou correspondants à leur scolarité. Cette situation érode le tissu social et la dynamique d'une communauté en déséquilibrant le rapport des générations.

Parmi les problèmes de santé majeurs qui les affectent, mentionnons,l'itinérance, le suicide, le jeu pathologique, l'alcool, la toxicomanie, le tabagisme, la conduite automobile avec excès de vitesse et les MTS. Il va sans dire que la prévalence et la manifestation de ces problèmes diffèrent en fonction du sexe des personnes, des facteurs économiques, sociaux et culturels.

La situation particulière des 30-54 ans

Il n'est pas rare de nos jours de constater que des personnes dans la trentaine aient de la difficulté à se trouver des emplois valorisants et durables. Souvent, ils doivent se contenter d'emplois précaires qui peuvent avoir des incidences sur leur existence (stress, anxiété et estime de soi) et sur leur avenir (pauvreté). Du côté des 45-54 ans, le fait de perdre prématurément son emploi et devenir un rentier avant la période officielle de la retraite peut être angoissant.

Il est généralement admis que le chômage occasionnerait vraisemblablement des effets pernicieux sur la santé pouvant se traduire par des maladies cardiovasculaires, le stress, la dépression et le suicide[39 40]. Suite à une perte d'emploi ou autres, des habitudes excessives de consommation d'alcool et de drogues pour masquer le mal de vivre peuvent s'ensuivre chez certaines personnes à risque. Dans une famille où la personne qui assure le soutien financier perd son emploi, la dynamique familiale et la santé des proches peuvent aussi s'en ressentir.

---

39 William R. AVISON, *Les effets du chômage sur la santé*, Ottawa (Ontario), Forum national sur la santé, 2e édition,1996, p. 50-51.

40 Richard WILKINSON, et Michael MARMOT, *op. cit* . p. 11.

De même, certaines maladies chroniques apparaissent souvent durant cette période de vie (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et obésité). Ces maladies ont la particularité de partager un ou plusieurs facteurs de risque communs associés à des habitudes de vie délétères (mauvaise alimentation, tabagisme et sédentarité). Ces habitudes découleraient dans une large mesure du contexte socioéconomique dans lequel une personne vit et travaille. Il va sans dire que les mauvaises habitudes de vie ne relèvent pas uniquement d'un choix personnel[41].

La santé et le bien-être des travailleurs

Le milieu de travail peut aussi constituer un facteur de risque à la santé. On peut même perdre sa vie à la gagner [sic!]. C'est le cas notamment des maladies professionnelles qui surviennent à la suite d'une longue exposition à des agents agresseurs physiques comme le bruit (surdité), des agents chimiques comme les solvants (cancer de la peau, du poumon et du foie), les poussières comme l'amiante (cancer du poumon) ou certains aspects psychologiques pernicieux comme le stress subit au travail (épuisement professionnel). Des accidents du travail résultant de conditions dangereuses (absence d'un verrouillage préventif durant l'entretien d'une machine) peuvent également mutiler ou créer des handicaps chez les travailleurs en détériorant la capacité fonctionnelle et la qualité de vie.

Pour toutes ces raisons, il importe de se préoccuper du milieu de travail, tel que préconisé par la Charte d'Ottawa[42] en vue de le rendre plus sain et sécuritaire. Avec cette approche, les efforts ne sont pas uniquement concentrés sur le travailleur, mais également sur les autres facteurs externes qui influencent la santé et le bien-être du travailleur : salaire fixe ou au rendement, absence ou présence d'un programme de formation du personnel, cadence de travail adaptée ou non aux capacités du travailleur, climat organisationnel favorable ou défavorable[43], etc.

Les services en promotion/prévention auprès des adultes

Les adultes bénéficient aujourd'hui de services préventifs efficaces qui sont spécifiques à certains facteurs de risque. Soulignons plus particulièrement l'apport de certains tests de dépistage pour détecter des cancers de la peau, du sein, du col utérin et colorectal, ainsi que des activités de counselling pour prévenir l'hypertension artérielle, les MTS, etc.

---

41 SANTÉ CANADA, *Des cadres sains : études de cas canadiens*, document obtenu sur le site Internet de Santé Canada, p. 14.

42 SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, Canada, novembre 1986, 4 p.

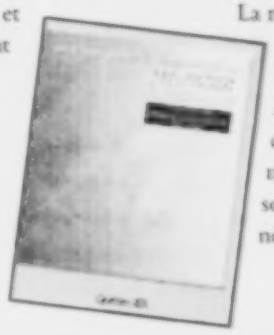
43 Richard WILKINSON, et Michael MARMOT, *op. cit.*, p. 17.

De plus, mentionnons l'existence d'activités de promotion de la santé pour la prévention de la conduite automobile en état d'ébriété (Opération nez rouge). Aussi, il existe des programmes de vigilance de quartier pour diminuer les méfaits et des programmes d'activités physiques dispensés en milieu de travail pour réduire les maux de dos et abaisser le niveau de stress.

Il y a lieu de constater que la plupart des services offerts aux adultes de 18-54 ans sont davantage basés sur une approche de courte durée et généralement centrés sur un seul facteur de risque. Pourtant, il serait plus avantageux de déployer des services préventifs qui s'inspireraient d'une approche écologique du développement humain pour augmenter les effets et l'impact à long terme de ces activités. Ainsi, les actions qui favorisent la promotion de milieux sains et sécuritaires, soutenant un développement harmonieux des enfants par des activités telles que NE-GS ou de stimulation précoce, contribuent dans cette perspective à la prévention de la consommation excessive d'alcool ou de drogue chez les futurs adultes. Une telle approche adaptée à l'égard de problématiques complexes, comme le jeu pathologique, l'alcoolisme et la toxicomanie, où entrent en relation des déterminants de la santé autres que les facteurs individuels, y serait donc bénéfique et appropriée.

Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie

À l'automne 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit un document sur les orientations, axes d'interventions et actions en matière de prévention des toxicomanies. Véritable synthèse des courants de santé publique des dernières années, cette approche présente la prévention des toxicomanies en reconnaissant l'importance d'agir tant sur le plan local, régional que national.



La réduction des méfaits de même que les approches en amont pouvant prévenir plusieurs problèmes sociaux y sont abordées de façon cohérente. Nul doute que cette perspective facilitera la mobilisation de l'ensemble des acteurs soucieux de prévenir les conséquences néfastes associées aux toxicomanies.

Ainsi, dans un contexte tel que *Des communautés en santé,* les intervenants sont aussi conviés à réfléchir sur leur pratique actuelle et à s'inspirer d'approches globales pour augmenter l'efficacité de leurs interventions.

4.2.2 Les enjeux reliés aux adultes

Deux enjeux sont évoqués dans cette section et constituent des défis importants à relever pour tous ceux qui se sentent interpellés par les adultes.

Intensifier les actions pour lutter contre les déterminants de la pauvreté et diminuer l'exclusion sociale

Il a été souligné précédemment qu'une intervention en amont prend toute son importance dans les premières années de vie, car les actions précoces deviendront significatives plus tard dans la vie du futur adulte. Ainsi, une société comme la nôtre, qui répartirait plus équitablement sa richesse collective entre ses membres, améliorerait ses chances d'avoir une population en meilleure santé. Elle serait aussi en mesure d'offrir des services continus et plus intenses auprès des personnes démunies, sans toutefois négliger le reste de la collectivité.

Privilégier une approche intégrée

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux[44] propose une approche intégrée dans le cadre de la prévention de certaines maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète, tout en incluant le développement d'habitudes de vie saines. Dans notre région, cette recommandation s'avère des plus pertinentes pour le réseau de la santé, à cause de l'inexistence d'un tel continuum de services intégrés pour les 18-54 ans.

Priorités régionales en VIH/sida et MTS

Depuis 1998, des intervenants du réseau de la santé et des partenaires des autres secteurs ont tissé des liens de collaboration afin de développer ensemble une *Stratégie régionale de lutte contre le VIH/sida et les MTS*. De ces travaux, est né un plan d'action permettant de cibler des interventions prioritaires à développer ou à consolider. Ainsi, plusieurs priorités à réaliser d'ici 2003 ont été retenues dont l'accessibilité aux condoms, les services intégrés en VIH/sida et MTS de même que l'implantation des nouvelles orientations en dépistage anonyme du VIH.

Depuis septembre 2001, près de 20 000 condoms ont été distribués aux organismes communautaires qui interviennent auprès des clientèles à risque. Aussi, des travaux sur les services intégrés en VIH/sida et MTS ont débuté en collaboration avec le Comité régional MTS-sida. Le concept « services intégrés » fait référence à une approche intégrée de services. Ainsi, la personne qui consulte devrait bénéficier de plusieurs services lors d'une même rencontre (counselling adéquat, vaccination, référence, tests de dépistage et autres). Plusieurs établissements privilégient cette approche.

Une tournée régionale dans les territoires de CLSC est prévue au printemps 2002. L'objectif est de connaître les besoins cliniques et administratifs qui permettraient l'actualisation de cette approche.

Enfin, en lien avec les orientations ministérielles, les services de dépistage anonyme du VIH seront maintenus et feront partie des services de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales.

Ces priorités rappellent l'importance de faire la promotion de comportements sécuritaires en MTS-sida et de poursuivre les interventions en prévention afin de diminuer le nombre de MTS et de VIH dans la région.

44 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Gouvernement du Québec, décembre 2000, p. 41.

4.2.3 Les interventions

Il est à noter que très peu de pistes d'action jugées efficaces sont présentement associées à cette clientèle cible. Ce secteur est en voie d'élaboration et de validation. Ainsi, la venue prochaine du programme national de santé publique sera d'une aide précieuse dans ce domaine et aussi lors de l'élaboration du futur plan d'action régional de santé publique. D'ici là, les tableaux 5 et 6 suggèrent quelques mesures universelles et sélectives en promotion/prévention pour les 18-54 ans.

Tableau 5 - Mesures universelles pour les 18-54 ans

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- Programmes d'éducation à la santé favorisant l'acquisition d'habitudes alimentaires saines. - Programmes qui favorisent la pratique de l'activité physique auprès des adultes. - Programme régional de cessation de la consommation du tabac auprès des fumeurs. - Programmes de promotion de la santé mentale visant l'adoption d'attitudes et de comportements positifs pour contrer certaines difficultés de vie susceptibles de conduire les adultes à l'alcoolisme, la toxicomanie, la violence et au suicide. - Programme d'éducation à la santé favorisant l'adoption de comportements sécuritaires face à la conduite automobile : conduire en étant courtois, sobre et en respectant les limites de vitesse.	- Mesures législatives et réglementaires se rapportant à la prévention du tabagisme. - Développement de milieux de travail favorables à la pratique de l'activité physique. - Sensibilisation des décideurs municipaux à l'importance de développer des environnements favorables à la pratique de l'activité physique. - Promotion des menus santé dans les cafétérias et les restaurants.	- Amélioration des pratiques professionnelles face aux habitudes de vie saines. - Dépistage de l'hypertension artérielle et de certains types de cancer (peau, col utérin, colorectal et sein). - Mise à jour de l'immunisation contre le tétanos et la diphtérie. - Consolider les programmes visant à renforcer les comportements sexuels sécuritaires (MTS et VIH).

Tableau 6 - Mesures sélectives pour les 18-54 ans

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- Activités qui favorisent le maintien de la santé mentale pour les adultes étant aux prises avec certaines difficultés de vie à risque comme le chômage, la séparation ou le divorce, la maladie, etc. - Participation sociale des adultes en situation de vulnérabilité.	- Accessibilité aux actions qui ont de l'impact auprès de la sécurité alimentaire et de la pauvreté. - Promotion des initiatives communautaires dans le domaine de la sécurité alimentaire.	- Programmes de dépistage des MTS et du VIH pour les groupes à risque tels les gais et les lesbiennes. - Programmes d'immunisation contre les hépatites A et B, l'influenza et le pneumocoque auprès des personnes à risque.

L'histoire se continue quelques semaines plus tard...

À la demande de sa mère, Éric se rend chez madame Sauvé pour accomplir de menus travaux. Il s'affaire, entre autres, à fixer les carpettes au sol pour éviter que madame Sauvé ne subisse une autre chute dans son logis. Vient le moment où Éric aperçoit avec grand étonnement un ordinateur sur la table de travail ; il se demande vraiment ce qu'une dame de cet âge fait avec un tel appareil.

Pourtant, l'ordinateur est devenu un outil très pratique pour madame Sauvé. Elle l'utilise pour écrire des lettres, pour planifier ses activités et aussi pour naviguer sur le réseau Internet. Au-delà de son sens pratique, l'utilisation d'un ordinateur est pour elle une occasion de se garder alerte intellectuellement et, aussi, de maintenir des intérêts communs avec les jeunes.

En rentrant chez lui, Éric dit à sa mère que tout s'est bien déroulé et qu'il la trouve plutôt « cool » pour son âge cette madame Sauvé !

Quelles sont vos attitudes envers les personnes âgées ? Les maternez-vous ou bien les aidez-vous à renforcer leur potentiel ? Dans votre pratique, que faites-vous pour prévenir l'âgisme ? Croyez-vous en l'efficacité des activités intergénérationnelles ? Les connaissez-vous ? En lien avec le thème Des communautés en santé, *quel est l'acteur ou les acteurs pouvant le mieux intervenir auprès des personnes âgées esseulées et isolées ?*

4.3 Les aînés

Qu'est-ce que vieillir pour Anne, Euclide, Bernadette et Paul ? Être en santé ou malade ? Vivre avec son conjoint ou seul? Compter sur un réseau d'entraide naturelle ou être isolé? Relever de nouveaux défis ou être nostalgique du passé ?

En fait, si nous posions cette question à nos parents ou grands-parents, nous obtiendrions sûrement des réponses fort variées sur le sujet. Pour certains, le vieillissement aurait une connotation négative qui se traduirait par les mots suivants : la dépendance envers une tierce personne, la détérioration de certaines capacités physiques et intellectuelles, la vulnérabilité, la peur de vivre seul, etc. Alors que pour d'autres, le vieillissement évoquerait davantage les aspects positifs qui sont reliés au « bien vieillir » : être actif, utiliser son potentiel pour entreprendre de nouveaux projets, prendre le temps de bien faire les choses, s'adapter le plus possible aux changements, tenir compte de son expérience de vie pour relativiser certaines épreuves,etc.

Ainsi, ces différentes visions montrent que le vieillissement n'est pas un processus homogène, puisqu'il varie d'un individu à l'autre en raison de certaines variables

comme le sexe, la situation économique, le degré de scolarité, l'état de santé, le milieu de vie et la qualité du réseau de soutien social.

Mais qu'en est-il au juste de ce concept pris sous l'angle de la gérontologie ? À vrai dire, le vieillissement doit être considéré tout simplement comme un processus normal dans le cycle de vie d'un être humain. C'est une façon d'être et de devenir plutôt qu'un mécanisme de détérioration menant inévitablement à la mort[45].

Pour promouvoir le vieillissement positif auprès des aînés de 55 ans et plus de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, il importe donc dans un contexte tel que *Des communautés en santé* de favoriser leur intégration sociale, de renforcer leur potentiel et d'actualiser leurs capacités d'adaptation. Cela sous-entend aussi que l'aîné doit maintenir et développer son autonomie. Pour y parvenir, l'aîné doit définir lui-même ses besoins et composer efficacement avec les problèmes reliés au vieillissement en cherchant des solutions dans ses ressources personnelles, dans son réseau de soutien social ou encore dans le réseau de la santé et des services sociaux.

D'ailleurs, plusieurs études dans le domaine de la gérontologie démontrent que la majorité des personnes âgées conservent globalement jusqu'à la fin de leur vie diverses capacités de fonctionnement et de prise en charge leur permettant de se maintenir en état d'équilibre sur le continuum de l'adaptation. Mais certains obstacles ou difficultés de vie peuvent affecter l'autonomie et même la menacer. Pour ces raisons, il s'avère donc nécessaire d'accentuer les services en promotion/prévention même à un âge avancé en vue d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

4.3.1 Le vieillissement : voie d'évitement ou d'engagement

Les dernières projections démographiques font état d'une progression constante du nombre de personnes âgées au Québec depuis 1991. Ainsi, le nombre de personnes de 55 ans et plus devrait atteindre les 2 289 601 au Québec d'ici 2011, ce qui représente une augmentation de 61 % par rapport à 1991 (1 425 967). Certains reportages dans les médias d'information exagèrent les conséquences réelles découlant du vieillissement de la population québécoise et y présentent souvent une vision négative. Concrètement,

---

45 CLSC RENÉ-CASSIN–INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRONTOLOGIE SOCIALE DU QUÉBEC, *Bien vieillir : Une initiative d'envergure pour promouvoir le bien vieillir auprès de prématurités ou de retraités*, Québec, CLSC René-Cassin et Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec, 1996, 10 p.

devons-nous considérer le fait de vieillir comme étant une catastrophe? Est-il synonyme de maladie et de dégénérescence?

Il va sans dire que le vieillissement aura des répercussions parfois négatives, parfois positives sur la société québécoise, mais il n'y a pas lieu de s'inquiéter en autant que la société facilite l'intégration sociale des aînés.

Ce qui est troublant par contre, c'est la montée de l'âgisme. Il s'agit d'un phénomène qui est alimenté par des préjugés ou des stéréotypes de même nature que les propos sexistes ou racistes, mais spécifiques aux aînés. Cela passe par des paroles toutes simples mais dégradantes, jusqu'à certaines théories farfelues voulant que les retraités vont occasionner l'effondrement du système économique québécois. Devons-nous craindre le « pouvoir gris »? Bien sûr que non. Même si les aînés constituent certes une force sur le plan sociodémographique, il n'en demeure pas moins que cette dernière, bien canalisée, permettrait à notre société de s'améliorer, du moins pour les aspects suivants: le soutien aux familles, la formation des jeunes travailleurs, la création de milieux sains et sécuritaires, l'humanisation des soins et services, etc. Voilà autant d'exemples concrets de contribution que peuvent nous apporter les aînés.

Les besoins fondamentaux des aînés

La plupart des aînés partagent les mêmes besoins que les adultes, entre autres, développer des relations sociales significatives, habiter dans un logement salubre, résider dans un quartier sécuritaire, s'alimenter sainement et privilégier un mode de vie actif. Mais ce qui compte le plus pour eux durant cette période de la vie, c'est le fait de vieillir dans la dignité, de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu naturel, de se sentir utile et d'appartenir à une communauté. Même après avoir œuvré pendant de nombreuses années, les aînés estiment que c'est encore nécessaire de se réaliser dans d'autres activités durant la retraite. À cet égard, n'oublions pas qu'en quittant le marché du travail, la retraite occasionne un vide immense et que cela peut engendrer des problèmes de santé physique et mentale pour les individus n'ayant pas réussi à s'adapter convenablement à cette nouvelle phase de transition de la vie.

Les aînés en situation de vulnérabilité

Dans la littérature en gérontologie, il est souvent mentionné que les personnes vieillissent comme elles ont vécu. Autrement dit, si une personne âgée a cumulé des difficultés de vie depuis l'enfance et qu'elle n'a pas réussi à les résoudre, elle pourrait alors connaître une vieillesse plus laborieuse comparativement à une autre ayant résolu ses problèmes.

Selon Erikson et autres[46], le vieillissement constitue la dernière des huit étapes du cycle de la vie à laquelle tout aîné est convié à trouver un équilibre entre les problèmes du passé et ceux du présent, afin de vivre une vieillesse harmonieuse empreinte de sagesse.

Il y a aussi des aînés qui verront augmenter leurs probabilités de subir une morbidité et une mortalité précoces à cause notamment du tabagisme, de la sédentarité, de la pauvreté, d'une inadaptation à la retraite ou au veuvage, d'une absence ou d'une détérioration du réseau de soutien social, de même qu'à l'épuisement des aidants naturels.

Par ailleurs, les nombreuses années passées en milieu de travail peuvent avoir des répercussions sur la qualité de vie à venir. Par exemple, l'exposition répétée à des agresseurs physiques et chimiques entraînerait vraisemblablement une usure prématurée de certains organes vitaux, lequel état amènerait une réduction de l'espérance de vie des travailleurs retraités. Ce processus est mieux connu aujourd'hui sous le terme du « vieillissement différentiel ».

Enfin, avec la transformation du système de santé qu'ont connu ces dernières années les aidants naturels et les services de maintien à domicile des CLSC, ces derniers sont en mesure de témoigner de la pression constante exercée sur eux en raison de la grande quantité de soins et de services requis par une certaine proportion de personnes âgées en perte d'autonomie. Cette situation peut-elle refléter ce que sera le futur immédiat dans ce domaine ?

La situation particulière des 55-64 ans

Avec la mise à la retraite anticipée ou forcée d'une partie des ressources humaines de l'État depuis 1997, une nouvelle cohorte d'aînés, composée principalement de *boomers*, a émergé et tend à se démarquer des cohortes précédentes. Ce phénomène est appelé le *gérontoboom*. Ces nouveaux retraités quittent le marché du travail, dans bien des cas, sans avoir atteint l'âge de 60 ans. Ils sont plus jeunes, plus instruits, plus fortunés et en meilleure santé que les âgés d'autrefois.

Or, quel impact aura ce *gérontoboom* sur la société québécoise? Il s'avère difficile de répondre précisément à cette question puisque ce phénomène sociodémographique est relativement récent et peu documenté.
Certains chercheurs font valoir que les *boomers* seront plus réceptifs face à la prise en charge de leur santé, plus attentifs aux messages de promotion de la santé et qu'ils s'impliqueront davantage dans les activités bénévoles,

46 H.ERIKSON et autres, *Vital involvement in old age*, USA, W.W. Norton & Company, 1986,352 p.

politiques et éducatives comparativement à leurs prédécesseurs. D'autres prétendent au contraire qu'ils seront plus critiques et plus sélectifs vis-à-vis de leur participation sociale. Quelle sera donc la tendance? Seul l'avenir le dira.

La situation particulière des 65-74 ans

Les aînés vivent aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé qu'auparavant. Au Québec, 80 % des aînés de 65 à 74 ans sont encore actifs, autonomes et en bonne santé. En effet, contrairement à ce qui est véhiculé dans les médias et le discours populaire, ce n'est pas la majorité des aînés de ce groupe d'âge qui sont affectés par une limitation de leurs activités, mais environ 20 % seulement[47].

Par contre, c'est dans cette période de la vie que les aînés doivent composer avec des pertes autres que la santé : l'absence d'un rôle social, la baisse de revenu, la perte du conjoint, etc.

La situation particulière des 75 ans et plus

Même si la prévalence des problèmes de santé tend à croître à cet âge, cela ne signifie pas pour autant que toutes les personnes âgées soient en perte d'autonomie. Selon l'Enquête sociale et de santé 1998[48], environ 27 % des 75 ans et plus présentaient des limitations d'activité à long terme et la proportion est plus élevée chez les femmes (10 %) que chez les hommes (8 %).

Toutefois, c'est à partir du « quatrième âge », les 85 ans et plus, que s'accroît le risque de maladies, de déficits et d'handicaps. Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes très âgées occasionnera sûrement un accroissement des dépenses de santé et d'institutionnalisation au cours des prochaines années avec lequel le système de santé devra composer. De plus, il est à prévoir d'ici peu un plus grand besoin d'aide personnelle, soit en aidants naturels, soit en services à domicile.

Les services en promotion/prévention auprès des aînés

Les services en promotion/prévention doivent être idéalement intégrés dans tous les groupes d'âge pour avoir davantage d'impact. À titre d'exemple, mentionnons que la notion du vieillissement positif se doit d'être intériorisée le plus tôt possible en vue de mieux préparer, tant les enfants que les adultes, à ce processus inhérent à la vie.

---

47 Wilkins RUSSELL, *Incapacité et limitation d'activité*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Collection la santé et le bien-être, octobre 2000, chapitre 18, p. 369-383.

48 Ibid., p. 369-383.

Le développement de services en promotion/prévention constitue donc un investissement chez les 55 ans et plus, car il permettra d'ajouter de la qualité de vie aux années qui restent (espérance de vie en bonne santé). Selon Sandra O'Brien Cousins[49], il faut encourager une vie active et une saine alimentation chez les aînés, car ces deux habitudes de vie exercent un rôle déterminant dans le maintien d'une bonne santé tout en améliorant également la qualité de vie. Cette chercheuse cite plusieurs études qui convergent vers le fait qu'en devenant active une personne tend à améliorer ses habitudes de vie. Ainsi, il devient primordial d'associer ces deux déterminants pour améliorer l'efficacité d'une intervention en promotion de la santé au lieu d'implanter de petites interventions morcelées.

Considérant que le vieillissement est souvent perçu à tort comme une source de maladies et d'incapacités, le réseau de la santé doit alors s'ingénier à trouver des moyens qui mettront en évidence la participation sociale des aînés dans les interventions de promotion/prévention. En effet, ces derniers doivent occuper une place plus significative au sein des différents programmes ou services mis de l'avant par le réseau. C'est le cas notamment des aînés qui agissent à titre d'agents multiplicateurs dans le cadre du *Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile*[50] de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Prévention des chutes à domicile

Le Service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile est une intervention en promotion de la santé réalisée dans un contexte de partenariat et d'étroite collaboration impliquant les aînés, les organismes communautaires et les CLSC. Unique au Québec, il vise particulièrement les personnes de 55 ans et plus, autonomes et en bonne santé. L'approche est basée sur le principe de la formation par les pairs et les objectifs du service sont de:

- sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile;
- habiliter les aînés à identifier les risques potentiels de chutes;
- favoriser l'adoption de comportements sécuritaires au regard de la prévention des chutes;
- favoriser la réalisation d'adaptations mineures du domicile dans le cadre d'un service communautaire.

L'équipe est composée d'un intervenant communautaire (CLSC), d'un ergothérapeute (CLSC) et d'agents multiplicateurs (aînés). Le budget et les frais de ce projet sont pris en charge par la Régie régionale et les CLSC. Le service offre une formation de quatre jours aux aînés. Ces derniers deviennent alors des agents multiplicateurs et animent des ateliers de sensibilisation auprès de deux groupes de dix personnes (deux volets de deux heures).

49 Sandra O'BRIEN-COUSINS, Encourager une vie active et une saine alimentation chez les personnes âgées dans *La Santé au Canada: un héritage à faire fructifier*, Québec, Canada, vol. 2 - Les adultes et les personnes âgées, 1998, p. 151-180.

50 Serge NADEAU, et Suzie LEBLANC, *Étude de l'implantation d'un projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1998, 85 p.

Enfin, la gamme de services en promotion/prévention de la santé doit être repensée pour répondre adéquatement aux besoins des aînés d'aujourd'hui. Selon le Conseil consultatif canadien sur le troisième âge, les activités de promotion de la santé qui sont basées sur une approche holistique seraient plus efficaces lorsqu'elles prennent en considération les déterminants de la santé et l'implication des aînés[51].

Vieillir dans les années 2000

Les aînés ne vieillissent plus comme avant. Ils peuvent espérer vivre plus longtemps tout en conservant leur qualité de vie actuelle grâce aux découvertes médicales, aux progrès technologiques et à l'amélioration de leurs habitudes de vie. De façon générale, les jeunes retraités d'aujourd'hui devraient moins dépendre de l'État providence en ayant réussi à mieux planifier leur retraite sur le plan financier. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue qu'il restera encore une proportion d'aînés qui, moins chanceux, dépendront principalement des régimes publics[52].

Bref, bien vieillir dans les années 2000 dans un contexte tel que *Des communautés en santé,* c'est permettre aux aînés de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec de développer plusieurs dimensions de leur autonomie, tant physique, psychologique, sociale que spirituelle, et de les actualiser dans une perspective du vieillissement positif. Cela se concrétise par le renforcement du potentiel des personnes, par l'encouragement à la prise de décisions, par la création de milieux de vie favorables qui encouragent les liens intergénérationnels au lieu de privilégier la getthoïsation, par la participation sociale qui influe sur le sentiment d'utilité et de l'estime de soi, ainsi que par la création de conditions favorables permettant aux aînés de se réaliser dans de nouveaux rôles sociaux. Ce sont tous des éléments qui contribuent aussi au maintien d'une bonne santé mentale.

---

51 CONSEIL CONSULTATIF CANADIEN SUR LE TROISIÈME ÂGE, *1999 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante,* Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Gouvernement du Canada, 1999, p. 41.

52 CONSEIL DES AÎNÉS, *La réalité des aînés québécois,* Québec, Gouvernement du Québec, Publications du Québec, 2e édition, 2001, p. 89.

4.3.2 Les enjeux reliés aux 55 ans et plus

Trois enjeux sont évoqués dans cette section et constituent des défis importants à relever pour tous ceux qui se sentent interpellés par les 55 ans et plus, à savoir :

Intensifier les actions pour lutter contre les déterminants de la pauvreté et diminuer l'exclusion sociale

Comme dans les parties précédentes, la pauvreté frappe encore. Cette fois-ci, ce sont les aînés et, plus particulièrement, les femmes âgées vivant seules. Malheureusement, en 1997, il y avait encore 59,7 % des femmes seules de 65 ans et plus qui étaient considérées comme pauvres au Québec[53]. Bien que cette statistique soit déprimante, il n'en demeure pas moins que cette situation s'est un peu améliorée depuis l'année 1981, car le pourcentage était de 69,4 %. Cela constitue donc une clientèle vulnérable que le réseau de la santé et des services sociaux devra suivre de très près au cours des prochaines années. En effet, la prévalence des problèmes de santé physique et psychique est plus importante dans les milieux de pauvreté[54].

Des cuisines collectives intergénérationnelles

En 1996, la Régie régionale dévoilait dans une étude[1] portant sur l'implantation d'un programme de santé que les cuisines collectives représentent une solution efficace pouvant contrer la malnutrition et pouvant briser l'isolement des personnes à faible revenu. Le principe en est fort simple. Deux fois par mois, les participants se rencontrent pour planifier et préparer, avec l'aide d'une personne-ressource, les repas qu'ils consommeront ultérieurement. Cette expérimentation a été faite grâce à la contribution du Centre d'organisation mauricien de services d'éducation populaire (COMSEP).

Ainsi, ce programme a eu des retombées positives non seulement pour la clientèle adulte, mais également pour la clientèle âgée, notamment sur le plan de l'estime de soi, des habitudes alimentaires et des contacts sociaux. Les cellules intergénérationnelles se sont avéré un modèle efficace à implanter, car elles favorisaient mieux l'intégration sociale des aînés.

Enfin, il est important de souligner que les cuisines collectives doivent être considérées comme une mesure temporaire face à la pauvreté et non une panacée pour résoudre le problème de la faim.

1 Serge NADEAU, et Sylvie BERNIER, *Étude de l'implantation d'un programme de cuisines collectives pour personnes âgées*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1996, 97 p.

---

53 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Des nouvelles d'elles - Les femmes âgées du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1999, p. 6-26.

54 CONSEIL DES AÎNÉS, *op. cit.*, p. 88.

Augmenter la participation sociale des hommes âgés

Des études montrent que certains programmes en promotion de la santé ou services préventifs touchent davantage les femmes que les hommes[55]. Il est vrai que la surmortalité masculine à cet âge affecte la participation sociale, mais ne serait-il pas judicieux dorénavant de trouver de nouvelles façons d'intéresser les hommes à ce genre d'activités afin de leur permettre, soit comme participant, soit comme agent multiplicateur, d'améliorer leur qualité de vie?

Maintenir les gens à domicile le plus longtemps possible

Selon Pierre-Joseph Ulysse[56], le vieillissement de la population aura pour effet d'augmenter la demande de services actuels et à venir, et ce, malgré le fait que les progrès réalisés par la technologie et la médecine aient permis de reléguer les symptômes des maladies chroniques jusqu'au dernier moment de la vie.

Face à cela, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux[57] apporte actuellement un espoir dans les services en promotion/prévention destinée aux aînés en soulignant l'importance d'agir en amont. Force est de constater que le réseau de la santé doit se questionner et revoir son continuum de services parce qu'il ne permet pas de réaliser suffisamment des gains de santé chez les 55 ans et plus. Beaucoup d'argent est présentement alloué pour soigner une certaine proportion de personnes âgées en perte d'autonomie tant au maintien à domicile qu'en soins de longue durée. Par contre, en investissant très peu de ressources financières en amont, cela entraînera un déséquilibre qui fera obstacle au maintien de l'état de santé actuel de la majorité des aînés autonomes désirant demeurer le plus longtemps possible à domicile.

Il faut donc remettre en question la tendance actuelle du réseau de la santé dans son choix d'investir qu'en aval. Ceci aura pour effet, à moyen terme, d'hypothéquer l'avenir des plus jeunes en leur enlevant très certainement une assise importante du système de santé qu'est la gratuité des soins.

---

55 LARLY, *op. cit.*

56 Pierre Joseph ULYSSE,(sous la dir. de Frédéric Flesemann), *Le vieillissement des populations : Les trente dernières années en perspective - Revue de littérature*, Ottawa,Santé Canada,INRS-Culture et Société pour la Division du vieillissement et des aînés,1997,90 p.

57 COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*, p. 42,47.

4.3.3 Les interventions

Toutes les mesures universelles et sélectives suggérées dans les tableaux 7 et 8 se situent *toutes en amont*, c'est-à-dire avant l'apparition des problèmes de santé. Elles s'inscrivent en continuité avec les autres interventions réalisées en aval, qu'il s'agisse d'approches destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie, de soutien aux aidants naturels ou d'actions auprès des personnes aux prises avec des problèmes psychosociaux, physiques ou de santé mentale.
Enfin, il est également à noter que la venue prochaine du programme national de santé publique sera d'une aide précieuse pour élaborer le futur plan d'action régional de santé publique concernant les interventions à préconiser auprès des 55 ans et plus.

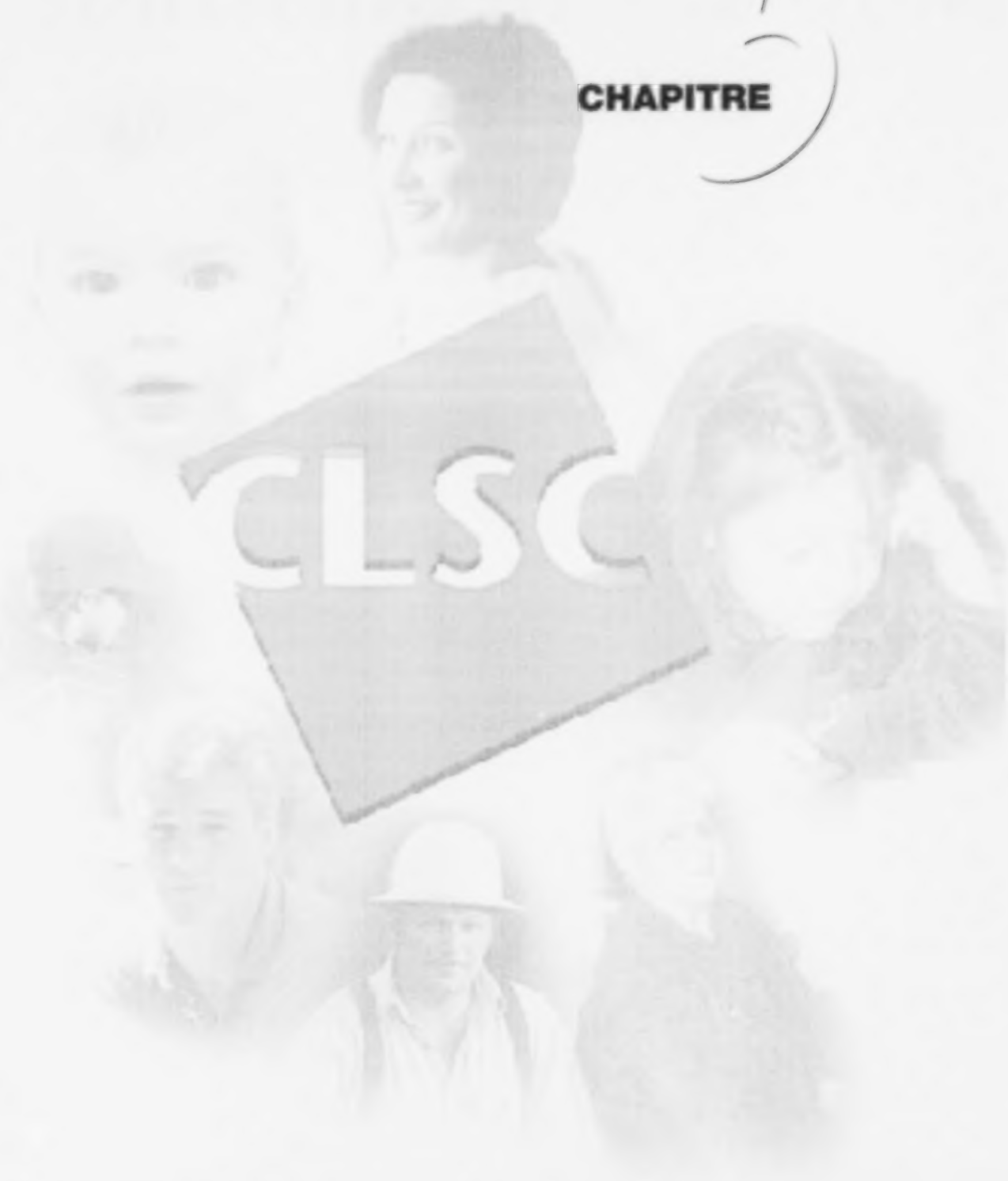
Tableau 7 - Mesures universelles pour les 55 ans et plus

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- Approche positive du vieillissement qui met en valeur le potentiel des personnes et qui insiste sur l'importance de la socialisation entre les générations. - Développement des compétences personnelles et sociales pour faciliter l'adaptation à certaines périodes de transition : deuil, retraite, actualisation de soi dans de nouveaux rôles sociaux, etc. - Promotion de saines habitudes de vie et modification de comportements reliés à la santé : alimentation saine, mode de vie actif, cessation de fumer, usage judicieux de médicaments et consommation modérée d'alcool.	- Développement de milieux sains et sécuritaires permettant d'améliorer la qualité de vie : • prévention des chutes à domicile ; • sécurité du quartier ; • prévention de l'abus et de la violence ; • participation à la vie collective ; • amélioration des réseaux de soutien social ; • etc.	- Mise en place d'activités préventives primaires et secondaires pouvant prévenir les conséquences ou handicaps liés à certaines maladies : • vaccination annuelle contre l'influenza et le pneumocoque ; • dépistage de certains types de cancer (seins, col utérin, colorectal) ; • stratégies de dépistage pour détecter précisément l'hypercholestérolémie, l'hypertension, le diabète, la dépression et l'anxiété (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2001). - Expérimentation d'un projet innovateur qui inciterait les hommes à recourir plus tôt aux services de santé. - Formation continue en gérontologie et en gériatrie afin que les intervenants du réseau de la santé puissent améliorer leurs connaissances et leurs pratiques envers les besoins spécifiques des aînés.

Tableau 8 - Mesures sélectives pour les 55 ans et plus

Favoriser le renforcement du potentiel des personnes	Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires	Favoriser l'organisation de soins et de services préventifs
- Programmes qui accompagnent les enfants et les jeunes qui vivent des difficultés scolaires : l'aide aux leçons et aux devoirs dispensée par les aînés. - Programmes qui améliorent les habiletés des hommes vivant seuls dans certaines activités de vie domestique pour qu'ils demeurent le plus longtemps possible à domicile : la cuisine, la lessive, l'entretien ménager, etc.	- Réseau de transport adapté et créé en partenariat avec divers organismes pour permettre aux personnes isolées de socialiser et de se procurer des biens et services pour maintenir une qualité de vie intéressante. - Actions sur les déterminants de la santé qui entravent la qualité de vie des personnes âgées vivant seules et démunies : revenu, logement, habitudes de vie, etc.	- Services qui préviennent précocement l'épuisement des aidants naturels qui s'occupent des personnes âgées en perte d'autonomie (ex. : atteintes de démence cognitive).

CHAPITRE 5



Le champ de la santé publique recouvre des approches et des interventions spécifiques telles que celles exposées dans les sections précédentes. Au fil des années, la santé publique a aussi intégré des fonctions ou des ensembles d'activités qui permettent de soutenir son action. Ces fonctions dites de soutien permettent, entre autres, d'identifier les besoins de santé de la population de son territoire et de ses groupes en situation de vulnérabilité, d'en suivre l'évolution ou, le cas échéant, d'être informée de nouvelles situations émergentes. À ce titre, la fonction connaissance/surveillance vise à alimenter les décideurs et les intervenants pour une planification et une organisation des services répondant le plus adéquatement aux besoins de la population ou de ses sous-groupes identifiés selon diverses caractéristiques.

Dans le même sens, l'évaluation constitue une autre fonction de soutien de l'action en santé publique. De façon générale, l'évaluation permet de jeter un regard pendant ou après l'action, regard servant à connaître les résultats produits, mais aussi à les expliquer. L'évaluation permet de connaître les principaux facteurs permettant de cibler des ajustements à apporter à cette action pour la réalisation optimale des résultats attendus. Cette façon d'utiliser l'évaluation vient soutenir l'ajustement des planifications, de l'organisation et de la production des services.

5.1 La fonction connaissance/surveillance

Au Québec, la fonction connaissance/surveillance, telle que confiée aux instances de santé publique, se réalise aux plans national et régional. L'ensemble des travaux menés dans cette fonction consiste à augmenter les connaissances des décideurs et des intervenants sur les différentes dimensions reliées à la santé et au bien-être des populations. Cette connaissance se fait essentiellement afin d'orienter adéquatement le choix des interventions et même la façon d'intervenir selon les clientèles cibles qu'elle permet aussi d'identifier.

Ce travail de connaissance et de vigilance permet, par exemple, de répondre à des questions comme : Quels sont les principaux problèmes de santé auxquels nos communautés sont confrontées ? Quels sont les facteurs de risque les plus présents chez les jeunes ou les personnes âgées ? Comment évoluent les problématiques ? Que peut-on prévoir pour l'avenir ? D'où vient cette augmentation de telle maladie dans ce quartier ? Quelle sera l'évolution des besoins de santé de la population dans les prochaines années ?

En d'autres mots, les informations recueillies peuvent, par exemple, nous permettre de décrire que, pour une population donnée, les problèmes cardiovasculaires sont davantage présents et qu'on y retrouve en même temps des facteurs de risque favorables à la maladie tels que le tabagisme, l'embonpoint ou le diabète et que les groupes en plus grande situation de vulnérabilité sont de tel sexe, de tel âge, de telle scolarité et de tel milieu. Cette connaissance du territoire permet, effectivement, de mieux cibler les interventions préventives ou de dépistage appropriées. Dans d'autres circonstances, cette surveillance permet de mieux identifier des causes qui, parfois, sont de nature socioéconomique plutôt que des facteurs de risque physiques ou environnementaux, ce qui implique alors des interventions d'un tout autre genre.

Ces activités de connaissance contribuent aussi à sonner l'alarme devant toute situation problématique, voire inhabituelle. En effet, la surveillance doit être réalisée de façon continue afin de vérifier si la situation du territoire, relativement aux différentes composantes de la santé, se modifie dans un sens favorable ou si elle se dégrade.

Maintenant, comment tout cela peut-il trouver une application dans le contexte *Des communautés en santé*. Voyons le cas d'Éric.

Une analyse de milieu dans le quartier d'Éric

Suite à différents contacts, une équipe du CLSC et des acteurs du CRD ont signalé leur besoin de mieux connaître certains quartiers comme celui d'Éric pour savoir où et comment intervenir pour améliorer ces milieux. Une analyse plus fine des données disponibles sur ces quartiers et une étude spécifique auprès de certains groupes ont permis de connaître les besoins particuliers de ces familles et les leviers d'action les plus importants pour intervenir avec le plus de succès.

Suite à cette étude, le quartier d'Éric a donc été visé pour des actions particulières. Pour les meilleurs résultats possibles, ces actions ont dû cibler de nombreux facteurs de risque identifiés dans l'étude tels l'isolement social, un niveau élevé de stress, un risque plus important de détresse psychologique, les difficultés d'attachement parent-enfant. D'autres éléments ont aussi mis en évidence la faible scolarité et une attitude favorable envers le CLSC qui s'impliquait beaucoup au plan du développement social. Ces derniers éléments ont permis d'orienter les façons d'intervenir auprès de ces communautés et la conception des messages à véhiculer.

S'appuyant sur ces éléments et dans une volonté commune d'agir, quelques actions intersectorielles ont été planifiées et mises en place dans quelques quartiers ciblés. Enfin, dans le cadre d'un programme d'action intégré, une intervenante du CLSC a effectivement rendu visite à la mère d'Éric, Rita, afin de lui offrir les meilleures chances, pour elle et Éric. Il s'agissait d'un programme appelé « Naître égaux - Grandir en santé ».

5.2 L'évaluation en santé publique

Le champ de l'évaluation couvre plusieurs réalités. On pense aux analyses de besoins, de possibilités d'action et d'implantation, au monitorage de résultats, aux études d'impacts et d'effets ou, encore, aux analyses de rendement. Tous ces types d'évaluation servent à répondre à une série de questions intuitives qui émergent des actions que l'on pose, mais aussi des choix que tous les intervenants et décideurs doivent faire pour répondre aux besoins de leur population avec les ressources disponibles. L'utilité de l'évaluation est de formaliser ces questions et, surtout, d'y répondre d'une façon plus systématique ou structurée.

5.2.1 Une perspective en évaluation

L'ensemble des activités d'évaluation menées par la Régie régionale s'inscrivent dans une perspective de soutien à l'action dans l'atteinte des meilleurs résultats possibles sur la santé et le bien-être de la population. L'évaluation constitue essentiellement un moyen de connaître et d'améliorer ce que l'on produit en termes de services, de santé et de bien-être d'une population.

Pour connaître ce que l'on produit, l'évaluation est centrée sur l'atteinte des résultats à divers paliers. Elle aide à répondre à des questions comme : Dans quelle proportion rejoint-on la clientèle cible et sur quoi devrais-je travailler pour en rejoindre davantage? Ma clientèle est-elle satisfaite de mes services et sur quoi pourrais-je améliorer la qualité qu'elle perçoit? Est-ce que je réussis à faire modifier les comportements de mon groupe cible pour améliorer leur santé et pourquoi certains groupes ne le font-ils pas? Quel est l'impact des grands changements dans l'organisation de services sur la santé et le bien-être de la population?

Ces questionnements sont ceux qui guident habituellement l'évaluation. Cependant, en santé publique, la perspective sous-tendant la conception de l'évaluation et l'analyse des résultats est axée sur la réalisation des cibles d'action en santé publique, mais aussi des effets produits sur la santé et le bien-être de population vivant dans différentes communautés et milieux de vie.

D'une part, l'évaluation en santé publique devrait donc jeter un regard sur l'atteinte des objectifs généraux et intermédiaires visés. De plus, à l'instar de n'importe lequel des programmes clientèles, l'évaluation en santé publique doit mesurer l'utilisation des investissements réalisés, l'implantation des cibles d'actions, la production de ces services et certains profils de consommation.

Ces évaluations se font à l'intérieur des objectifs poursuivis ou des programmes financés en santé publique.

D'autre part, un autre palier d'évaluation concerne les effets que produit le système de santé et de services sociaux sur la santé et le bien-être de la population. Vu dans sa globalité et comme un déterminant de la santé de la population, des concepts de mortalité ou morbidité évitables se sont développés en santé publique. Il s'agit de causes spécifiques, de décès ou d'hospitalisations, identifiées comme devant être évitées si l'organisation des services est adéquate. L'appréciation porte, par exemple, sur le fait que si le continuum de services fonctionne adéquatement, la mortalité par appendicite devrait être à un seuil minimal. Évidemment, plusieurs facteurs doivent être contrôlés dans une telle analyse. Cependant, il demeure un indicateur global des conséquences négatives et à éviter dans la santé et le bien-être d'une population. Par ces indicateurs globaux, il est impossible d'identifier le maillon faible du continuum de services. Les résultats issus de telles analyses constituent ainsi des étapes préliminaires, mais importantes, afin d'apprécier les effets produits sur la population. Enfin, l'analyse de ces effets doit être modulée selon l'appartenance à différents groupes tels ceux en situation de vulnérabilité ou certaines communautés où les inégalités sociales de la santé modifient l'accessibilité ou encore la capacité à recevoir les services adéquats.

5.2.2 Analyser l'information de l'évaluation pour mieux comprendre et soutenir

Pour soutenir l'action, il faut produire une information centrée sur la connaissance de la situation, mais aussi une information interprétée en termes d'ajustements, de choix à faire, de modifications de facteurs permettant d'améliorer les résultats produits. Dans ce sens, l'évaluation répond au principe d'appui à l'amélioration continue des services offerts à la population. Les informations générées par l'évaluation ou le monitorage sont en lien direct avec la logique de l'intervention étudiée, c'est-à-dire le modèle théorique qui unit les activités et les différents paliers de résultats d'une intervention donnée.

5.2.3 Diffuser l'information de l'évaluation pour l'intégrer dans l'action

Dans la perspective d'amélioration continue des actions, les informations générées par l'évaluation et le monitorage sont retournées dès que possible aux intervenants et décideurs concernés et, au besoin, ces derniers sont soutenus dans l'utilisation de ces informations.

Une des meilleures garanties de l'utilisation des résultats en évaluation demeure l'implication des acteurs concernés de la conception jusqu'à la diffusion des informations générées. L'appropriation de l'information et l'intégration dans l'action constituent un enjeu important pour l'évaluation, mais aussi pour les intervenants et les décideurs dans le défi actuel de performance auquel tous sont soumis.

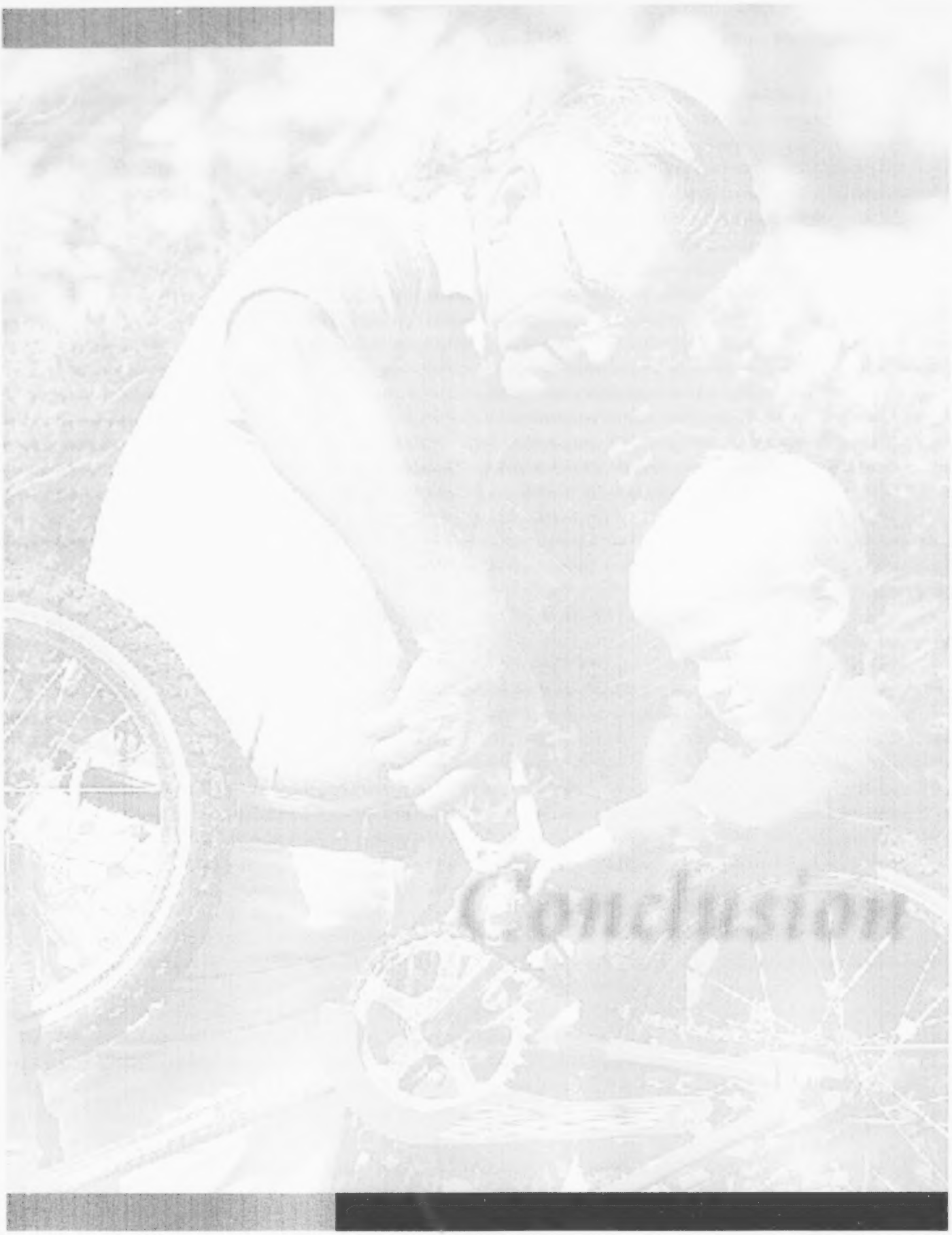
5.2.4 S'offrir les moyens de nos rêves !

Nous sommes tous conscients de l'immensité des besoins en évaluation et de la nécessité de répondre à des questions soulevées par les partenaires. Un autre défi important réside dans la capacité à fournir une réponse aux besoins et avec une intensité suffisante. Une façon expérimentée dans d'autres secteurs consiste à identifier des priorités et à concerter nos efforts en évaluation en santé publique. Cette priorisation des besoins en évaluation avec les partenaires concernés devrait permettre de canaliser les efforts vers des objets convenus et reconnus. Ces travaux devraient aussi permettre d'identifier les responsabilités respectives des divers partenaires impliqués.

Vers l'amélioration des programmes

Les familles, comme celle d'Éric, n'ont pas eu toute la même chance. Les études en évaluation ont montré que certaines familles ayant participé au programme du CLSC n'ont pas pu éviter la négligence envers leurs enfants et nombre d'autres situations les fragilisant face à leur santé et à leur bien-être.

La poursuite de l'analyse des informations générées par ces évaluations vise à mieux connaître les facteurs qui expliquent ces effets différents pour des familles qui pourtant présentent les caractéristiques cibles. Une fois complétée, l'analyse permettra de travailler à modifier ces facteurs chez les familles moins réceptives au programme.


Conclusion

CONCLUSION

Le présent cadre de référence *Des communautés en santé* se veut un concept intégrateur qui privilégie l'intervention en promotion/prévention. Ce concept est présenté sous l'angle du développement des communautés et de l'amélioration des conditions pour constituer des milieux de vie sains et sécuritaires.

Ce cadre de référence permet également d'anticiper la contribution éventuelle du réseau lorsque viendra l'étape de l'élaboration du futur plan d'action régional de santé publique. De plus, celui-ci vient nous rappeler que bon nombre de leviers qui exercent actuellement une influence majeure sur la santé sont à notre portée. La réduction des inégalités de santé et de bien-être pour améliorer l'état de santé de la population en constitue un bel exemple. Rappelons que la *Politique de la santé et du bien-être* tenait déjà ce propos avant-gardiste, en 1992, en affirmant que la santé de la population québécoise pouvait être améliorée grâce à une responsabilisation et à une contribution soutenue de tous les secteurs de la société : la municipalité, l'école, l'usine, etc. C'est dans cette continuité de pensée que *Des communautés en santé* a pris forme.

Ainsi, l'action intersectorielle constitue maintenant une stratégie d'action incontournable et à intensifier afin d'agir plus efficacement sur les déterminants de la santé. Une mesure universelle comme « Équipe École en santé » préconise déjà cette approche en réunissant différents partenaires en vue de résoudre les problèmes vécus par les jeunes à l'école. Il en va de même dans le secteur de la santé environnementale avec le *Plan des mesures d'urgence nucléaire externe à la Centrale Gentilly II* et, en santé au travail, en ce qui a trait au retrait préventif pour les travailleuses enceintes.

Des communautés en santé, c'est par ailleurs un concept qui met autant l'emphase sur les personnes que sur les milieux de vie. Cela se traduit par une préoccupation constante à diminuer les facteurs de risque associés à la pauvreté qui entravent le développement et l'avenir des enfants. Cela doit viser également à mieux soutenir le rôle des parents dans la société d'aujourd'hui et à renforcer le potentiel des mères et des pères dans l'éducation de leurs enfants.

Des communautés en santé, c'est également vouloir améliorer la santé des 18-54 ans en misant notamment sur les habitudes de vie et en privilégiant un mode de vie sain. Comme on le sait, bon nombre de maladies chroniques traitées au cours de la vieillesse telles que l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète peuvent être prévenues durant la vie adulte.

Des communautés en santé, c'est aussi se préoccuper du bien-être des 55 ans et plus dans l'offre de service en promotion/prévention, de façon à ajouter à nos aînés une plus grande qualité de vie aux années qui restent à vivre. De même, c'est contribuer à une meilleure implication sociale des aînés, tant auprès des jeunes que dans d'autres sphères de la société.

Un autre avantage pour notre région de se doter d'un cadre de référence en matière de santé publique est qu'il permet de sensibiliser notre collectivité à l'importance d'agir avant que ne surviennent les problèmes de santé.

Dès lors, il importe de passer rapidement à l'action pour implanter ou consolider des activités en promotion/prévention afin que les citoyens aient accès à une offre de service répondant plus convenablement à leurs besoins. Pour ce faire, il faudra consolider le financement en promotion/prévention conformément à ce qui est prévu dans l'orientation 1 du *Plan de consolidation 1999-2002*. À cet égard, la Régie régionale a déjà signifié son intention d'atteindre un per capita de 70 $ d'ici 2006 pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et il s'agit là d'un

engagement qui est manifestement appuyé par le réseau de la santé et des services sociaux.

À vrai dire, il s'avère primordial de bien suivre l'atteinte de cet objectif, à court et à moyen terme, pour que les sommes dévolues à la promotion et à la prévention servent effectivement à la réalisation de l'ensemble de ces activités. En effet, ces dernières années, ce fut le phénomène inverse qui a été constaté, c'est-à-dire un glissement des activités préventives vers le curatif, lequel secteur s'est vu octroyer de nouveaux budgets suite à un contexte de pression suscité par la transformation du système de santé et par la venue du virage ambulatoire.

En somme, investir dès aujourd'hui en promotion et en prévention, c'est assurer en quelque sorte l'avenir des prochaines générations.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

70e assemblée du conseil d'administration
Date 2 février 2000
Article CARR-70-04
Résolution CARR-00-01

RÉSOLUTION relative à l'appui à une démarche nationale pour la mise en place d'une loi-cadre pour éliminer la pauvreté, en faire une priorité au Québec et dans la Mauricie et le Centre-du-Québec

CONSIDÉRANT le fait que la problématique de la pauvreté constitue un déterminant majeur de la santé de la population et qu'à ce titre les inégalités sociales et économiques se transforment invariablement en inégalités de santé et de bien-être ;

CONSIDÉRANT que la perspective de l'adoption d'une loi-cadre pour éliminer la pauvreté représente un cas exemplaire de politique publique destinée à réduire les inégalités de santé et de bien-être ;

CONSIDÉRANT que le Plan de consolidation 1999-2002 propose de retenir comme orientation majeure la question du développement des communautés via la lutte à la pauvreté et la mobilisation intersectorielle ;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'appuyer le Conseil pour la fin de l'élimination de la pauvreté et, ce faisant, d'ajouter le nom de La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec à ceux de Mgr Martin Veillette et à celui Mme Sylvie Tardif pour former un grand réseau de solidarité régionale.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire
Michèle Laroche

Fait à Trois-Rivières
Le 3 février 2000

Directrice générale

BIBLIOGRAPHIE

AVISON, William R. *Les effets du chômage sur la santé*, Ottawa (Ontario), Forum national sur la santé, 2e édition, 1996, p. 50-51.

BOISVERT, Réal, (avec la collaboration de Sophia Crosato, Yves Pépin et Louis Rocheleau). *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, novembre 2000, 43 p.

CICCHETTI, D., et LYNCH. Failures in the Expectable Environment and their Impact on Individual Development : The case of Child Development in Dante Cicchetti et Donald J. Cohen (EDS.) *Developmental Psychopathology : Risk, Disorder and adaptation*, New York, John Wiley and Sons inc., 1995, 908 p.

CHAVIS, David M. *Mobilizing for Community Capacity Building*, Montréal, Présentation au Larehs, Université du Québec à Montréal, 28 avril 2000.

CLSC RENÉ-CASSIN–INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRONTOLOGIE SOCIALE DU QUÉBEC. *Bien vieillir : Une initiative d'envergure pour promouvoir le bien vieillir auprès de préretraités ou de retraités.* Québec, CLSC René-Cassin et Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec, 1996, 10 p.

COLIN, C. L'expérience du Québec en promotion de la santé dans *La santé de l'homme*, no 325, sept/oct s. d.

COMITÉ DE TRAVAIL RESPONSABLE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Définition des fonctions essentielles de santé*, document de travail, 27 février 2001, p. 6.

COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS LIÉES À LA PAUVRETÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action!*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2001, p. 26.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Gouvernement du Québec, décembre 2000.

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, Santé publique, 1999, 65 p.

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Le soutien du revenu : *Un partage de la richesse collective fondé sur la confiance et l'entraide*, Mémoire sur le projet de loi 186, Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale, 22 avril 1998, 16 p.

CONSEIL CONSULTATIF CANADIEN SUR LE TROISIÈME ÂGE. *1999 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante*, Ottawa, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Gouvernement du Canada, 1999, 81 p.

CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Et si on parlait des familles · des enfants… de leur évolution, de leurs préoccupations et de leurs besoins!, ·nport 1999-2000 sur la situation et les besoins des familles et des enfants,* ·nement du Québec, 2000, 66 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Forum sur le développement social : présentation de la démarche,* Québec, mars 1997, p. 6.

CONSEIL DES AÎNÉS. *La réalité des aînés québécois,* Québec, Gouvernement du Québec, Publications Québec, 2e édition,2001, p. 88-89.

CONSEIL DES DIRECTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional,* Saint-Hubert, mai 1997, 47 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Des nouvelles d'elles - Les femmes âgées du Québec,* Québec, Gouvernement du Québec, 1999, p. 6-26.

CQRS ET RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Le revenu de citoyenneté : revue des écrits et consultation des experts,* Appel d'offres, 1999, document interne, 8 p.

DUBOIS, L., E.BEAUCHESNE-R, M. GIRARD, et autres. *Enquête sociale et de santé 1998 - Alimentations : perceptions, pratiques et insécurité alimentaires -,* Québec, Institut de la statistique du Québec, Collection la santé et le bien-être, octobre 2000, chapitre 6, p. 149-164.

ERIKSON, H., et autres. *Vital involvement in old age,* USA, W.W. Norton & Company, 1986, 352 p.

EVANS, Robert G., et al. *Why are some people healthy and others not : The determinants of health of populations,* New-York,Aldine De Gruyter, 1994, p. 217-230.

EVANS, Robert G., et al. « Controlling Health Expenditures - The Canadian Reality », *New England Journal of Medicine,* 1989, vol. 320, p. 571-577.

FORTIN, Claude, et Karl WEISS. *L'influenza : Une priorité de santé publique,* Québec, Le Clinicien, janvier 2001,11 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Le développement social au Québec 1995-2000, Bilan au regard des décisions prises au Sommet mondial pour le développement social,* Gouvernement du Québec, 2000, 63 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P-35),* Éditeur officiel du Québec, 1999.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120),* Éditeur officiel du Québec, 1991, chapitre 42.

HANCOCK, Trevor. *Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé : un défi pour la santé publique au 21e siècle,* texte préparé pour la session des Journées annuelles de santé publique, 4 novembre 1999, p. 26.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Promoting Health (Intervention strategies from social and behavioral research)*, Washington D.C., Editions National Academy Press, 2000, p. 4.

JOBIN, Lyne. *Les orientations régionales en promotion du bien-être et en prévention primaire des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, 1999, 76 p.

JOURDAN-IONESCU, C. Expression du vécu d'enfants maltraités par leurs parents, in Pronovost (ED) *Comprendre la famille*, Québec, Presse de l'Université du Québec, 1992, p. 633-644.

KAWACHI, Ichiro. *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, en particulier, la préface : « A historical framework for social epidemmiology », p. 3-12.

KERGOAT, Marie-Jeanne. *Le vieillissement et la qualité de vie : Une question de prévention*, Revue Le Clinicien, Vol. 16, no. 3, 2001, p. 105 à 112.

LARLY, Céline. *Vers un vieillissement en santé*, La santé de l'homme, no 354, juillet-août 2001.

LESSARD, Richard. « *Garder notre monde en santé* », Le Devoir, octobre 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Agissons en complices, pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*, Gouvernement du Québec, 1998, 76 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées : Stratégie d'action*, Québec, Gouvernement du Québec, 1994, p. 15-17.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Orientations en matière d'aménagement du territoire, document de travail*, Québec, Comité de santé environnementale du Québec, 1997, 57 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique, Ensemble, pour une population active et en santé*, Kino-Québec, 2000, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour réduire les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté. Le point de vue des régions : Compte rendu de la consultation menée auprès d'acteurs clés sur l'action des personnes en situation de pauvreté*, Gouvernement du Québec, 2000, 17 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Gouvernement du Québec, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de lutte contre le cancer, Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 185 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *S'exprimer pour une sexualité responsable, Un projet de prévention des grossesses à l'adolescence, guide d'animation 3e et 4e secondaire,* Gouvernement du Québec, 1994, p. 1-16.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé au Québec : quelques indicateurs,* Québec, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2000, 77 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie,* Québec, MSSS, 1998, p. 22.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un Québec fou de ses enfants, Rapport du Groupe de travail pour les jeunes,* Gouvernement du Québec, 1991, 179 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers un nouvel équilibre des âges, Rapport du Groupe d'experts sur les personnes aînées,* Gouvernement du Québec, 1991, 96 p.

MORIN, GAÉTAN. *La vieillesse : Voie d'évitement… ou voie d'avenir? Le vieillissement et la santé mentale.* Le comité de la santé mentale du Québec, 1992, 138 p.

NADEAU, Serge, et Sylvie BERNIER. *Étude de l'implantation d'un programme de cuisines collectives pour personnes âgées,* Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1996, 97 p.

NADEAU, Serge, et Suzie LEBLANC. *Étude de l'implantation d'un projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile,* Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1998, 85 p.

O'BRIEN-COUSINS, Sandra. Encourager une vie active et une saine alimentation chez les personnes âgées dans *La Santé au Canada : un héritage à faire fructifier,* Québec, Canada, vol. 2 - Les adultes et les personnes âgées, 1998, p. 151-180.

OUELLET, Francine, Marguerite PAIEMENT et Pierre H.TREMBLAY. *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe,* Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995, 73 p.

OUELLET, Francine, et autres. Intervention en soutien à l'empowerment dans *Naître égaux - Grandir en santé,* NPS, vol. 13,no 1, 2000, p. 85-102.

PALACIO-QUINTIN, E. Detecting Young Victims of Physical Abuse, in G. Kaiser, H. Kury et Albrecht (Ed.) *Particular Group of Victims Victims and Criminal Justice,* Freiburg: Max Planck Institute Series, vol. 52, 1991, p. 373-392.

PALACIO-QUINTIN, E., G. COUTURE, J. PAQUET et autres. *Projet d'intervention auprès des familles négligentes présentant ou non des comportements violents,* rapport présenté à la Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, 1995, 250 p.

PALACIO-QUINTIN, E., et C. JOURDAN-IONESCU. *Effets de la négligence et de la violence sur le développement des jeunes enfants,* Prisme, vol. 4 (1), 1994, p. 145-156.

PAPILLON, M.-J., C. LAURIER, L. BARNARD et J. BARIL. Enquête sociale et de santé 1998 - *Consommation de médicaments* -, Québec, Institut de la statistique du Québec, Collection la santé et le bien-être, octobre 2000, chapitre 22, p. 445-457.

PAQUET, Ginette. *Santé et inégalités sociales, un problème de distance culturelle*, IQRC, 1979.

PELL, NORRIE, FORD ET COBBE. *Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery : retrospective cohort study*, BMJ, vol. 320, juin 2000, p. 1578-1580.

PINEAULT, R., et C. DAVELUY, *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*, Montréal, Agence d'Arc, 1986, 480 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Cadre de référence MTS-SIDA, priorités nationales, stratégies prioritaires*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1999-2000.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2000, 43 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Plan de consolidation 1999-2002 - Une vision d'amélioration continue*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1999, 102 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Rapport annuel 1999-2000*, Trois-Rivières, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2000, 116 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Un art de vivre en santé, une qualité de vie : Cadre de référence pour la programmation 2001-2005 en promotion de la santé et du bien-être et prévention auprès des aînés de la Montérégie, (document de consultation)*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Août 2000, 150 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Programme régional de santé publique*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1996, 98 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Agir en couleurs, À toute jeunesse, Répertoire d'interventions de santé publique auprès des jeunes de 5 à 17 ans*, Direction de la Santé publique et de la Planification et de l'Évaluation, Montérégie, 1999, 388 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Bulletin trimestriel : Regard sur la santé publique lanaudoise, L'allaitement maternel : pour la santé et le bien-être des enfants et des mères et pour une réduction des coûts de santé,* Direction de la Santé publique de Lanaudière, 2001, 8 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Programme régional de santé publique,* Saint-Charles-Borromée, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 1998.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Qualité de vie de la population et développement local : Perspectives pour la réflexion,* 1999, 41 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *La violence envers les aînés : Rapport synthèse,* vol. 1, numéro 2,Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, avril 1997,4 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise : Prévenir, guérir, soigner les défis d'une société vieillissante,* Montréal, Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999, 76 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003 : Les enfants 0-5 ans et le soutien aux parents, cahier thématique 1,* Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de la Santé publique, 2001,69 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003 : Les jeunes 6-17 ans et le soutien aux parents, cahier thématique 2,* Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de la Santé publique, 2001,103 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN. *Plan directeur régional en promotion-prévention 2000-2003 : Les aînés 55 ans et plus, cahier thématique 4,* Chicoutimi, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de la Santé publique, 2001, 79 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE–BOIS-FRANCS. *Les tumeurs de la région Mauricie–Bois-Francs 1989-1993,* Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs, 1997, 205 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE–BOIS-FRANCS. *Bilan de santé et environnement de la région Mauricie–Bois-Francs - Le portrait en 1994,* Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs,1996, 93 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE–BOIS-FRANCS. *Stratégies d'action prioritaires 1995-2001,* Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs, 1995, 56 p.

RICHARD, Lucie, et autres. *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants,* Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, octobre 2001, p. 17.

RUSSELL, Wilkins. *Incapacité et limitation d'activité,* Québec, Institut de la statistique du Québec, Collection la santé et le bien-être, octobre 2000, chapitre 18, 642 p.

SANTÉ CANADA. *Des cadres sains : études de cas canadiens*, document obtenu sur le site Internet de Santé Canada, p. 14.

SANTÉ CANADA. *Guide canadien de médecine clinique préventive,* Ottawa, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994, 1136 p.

SANTÉ CANADA. *La santé et l'environnement, partenaires pour la vie,* Ottawa, Santé Canada,1997, 224 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé,* Ottawa, Canada, novembre 1986, 4 p.

SCHNEIDER, R. *Gestion par concertation,* Montréal,Agence d'Arc, 1987, p. 25.

STATISTIQUE Canada. *Les enfants du Canada durant les années 90 : certains résultats de l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes,* Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, printemps 1997, 10 p.

ULYSSE, Pierre-Joseph (sous la dir. de Frédéric Flesemann). *Le vieillissement des populations : Les trente dernières années en perspective - Revue de littérature,* Ottawa, Santé Canada,INRS-Culture et Société pour la Division du vieillissement et des aînés,1997, 90 p.

VACHON, Bernard. *Le développement local, théorie et pratique,* Gaétan Morin éditeur, Chicoutimi, 1993, 313 p.

WILKINSON, Richard, et Michael MARMOT. *The solid facts (Social determinants of health),* World Health Organization Europe, 1998,32 p.

Action intersectorielle
Démarche réunissant des ressources de divers secteurs d'activité (santé, scolaire, municipal, communautaire, etc.), possédant des mandats complémentaires et des fonctionnements parfois différents, afin de mettre en place un plan d'action global pour résoudre un problème complexe. Elle est orientée vers des actions concrètes[58].

Cadre de référence
Ensemble cohérent de balises et de critères découlant d'objectifs ainsi que d'orientations et visant à encadrer diverses activités ou différents types de services qui seront associés à un ou plusieurs programmes. Le cadre de référence rassemble généralement des orientations et des idées qui permettront aux lecteurs de dégager un langage et une lecture commune de certains concepts.

Communauté
Groupe social qui possède des caractéristiques et des intérêts communs et qui habitent sur un même territoire.

Concertation
Démarche qui réunit l'ensemble des pratiques articulées d'un groupe d'acteurs autonomes qui ont convenu d'harmoniser non seulement leurs orientations, mais également leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes au sein d'un secteur d'activité donné[59].

Développement des communautés
Processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie aux plans physique, social et économique[60]. Le développement des communautés est avant tout un phénomène où les projets et l'action, autant que les institutions et les politiques, mobilisent l'ensemble des acteurs de la communauté.

---

58 Francine OUELLET, Marguerite PAIEMENT et Pierre H.TREMBLAY, *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*, Montréal,Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995, p. 3.

59 R.SCHNEIDER, *Gestion par concertation*, Montréal,Agence d'Arc, 1987, p. 25.

60 David M.CHAVIS, *Mobilizing for Community Capacity Building*, Montréal,Présentation au Larehs, Université du Québec à Montréal,28 avril 2000.

Développement social
Dans les régions et à l'échelle de la collectivité, mise en place et renforcement au sein des communautés des conditions requises pour permettre, d'une part, à chaque individu de développer ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif. D'autre part, pour permettre à la collectivité de progresser socialement, culturellement et économiquement, dans un contexte où le développement économique s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale[61].

District sociosanitaire
Unité géographique servant à la compilation des données démographiques et épidémiologiques.

Exclusion
Impossibilité de jouer un rôle social valorisant parce que la personne est empêchée d'exercer des droits sociaux et de participer à la vie collective.

Intervention efficace
Intervention pour laquelle il existe des preuves d'efficacité obtenues par une ou plusieurs études comparatives ou issues de données démographiques probantes.

Intervention prometteuse
Intervention dont les preuves proviennent d'études descriptives ou, en l'absence de celles-ci, elle fait consensus auprès d'experts qui en recommandent l'application.

Intervention universelle
Intervention rendue accessible à l'ensemble de la population, indépendamment de facteurs de vulnérabilité particuliers, et généralement planifiée sur une base locale ou régionale[62].

---

61 CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 6.

62 CONSEIL DES DIRECTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage promotion/prévention aux niveaux local et régional*, mai 1997, p. 5.

Intervention sélective
Intervention qui s'adresse à des populations présentant des facteurs communs de vulnérabilité à un ou, plus fréquemment, plusieurs problèmes de santé ou de bien-être. Les facteurs de vulnérabilité donnant lieu à des interventions sélectives ont trait à des caractéristiques de milieu (ex. : école de milieu défavorisé, quartier défavorisé, isolement géographique, caractéristiques socioculturelles particulières, HLM, etc.) ou de personne (ex. : femme enceinte de moins de dix-huit ans, monoparentalité, faible scolarité, faible revenu, etc.). Les interventions sélectives doivent être offertes dans tous les territoires de CLSC, l'éventail des services variant selon les besoins particuliers des populations[63].

Pauvreté
État qui se caractérise par un manque général des ressources correspondant lui-même à un ensemble de privations d'ordres matériel, social et culturel.

Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes
Ensemble d'activités qui visent à intervenir le plus précocement possible afin de :

- réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes ainsi que leurs conséquences ;

- renforcer les facteurs de protection des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ;

- détecter les signes hâtifs de problèmes dans le but de les contrer[64].

Ainsi, ces interventions visent plus spécifiquement à empêcher ou à retarder l'apparition de problèmes de santé particuliers. Bien que souvent de l'ordre du programme, les interventions de prévention peuvent se situer à l'un ou l'autre des degrés de complexité décrits ci-dessus. Elles s'adressent soit à des populations entières (interventions universelles), soit à des populations en situation de vulnérabilité (interventions sélectives).

---

63 *Ibid.*, p. 5.

64 COMITÉ DE TRAVAIL RESPONSABLE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *Définition des fonctions essentielles de santé*, document de travail, 27 février 2001, p. 6.

Programme
Ensemble organisé cohérent et intégré de plusieurs activités et services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés avec des problèmes de santé précis, et ce, pour une population définie[65].

Promotion de la santé
Ensemble d'actions sur les déterminants de la santé et du bien-être qui permettent aux individus et aux collectivités d'exercer une plus grande emprise sur leur santé et leur bien-être en mettant l'accent sur :

- le développement des habiletés personnelles pour l'adoption de comportements favorables à la santé et au bien-être ;

- le développement des milieux et conditions de vie favorables à la santé et au bien-être[66].

Protection de la santé et contrôle des risques et maladies
Intervention des responsables de santé publique auprès d'individus, de groupes, d'intervenants ou de populations advenant une menace réelle ou appréhendée de la santé en vue :

- d'obtenir l'information jugée nécessaire et de prévenir ou corriger une situation dangereuse ;

- de mettre en place les mesures de contrôle appropriées ;

- de se préparer à des situations d'urgence et de réduire les conséquences des désastres sur la santé[67].

Recherche et évaluation
Ensemble d'activités axées sur l'avancement des connaissances nécessaires au maintien et au développement de l'expertise pour soutenir notamment la réalisation de programmes de santé publique[68].

---

65 R.PINEAULT, et C. DAVELUY, *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*, Montréal,Agence d'Arc, 1986,480 p.

66 COMITÉ DE TRAVAIL RESPONSABLE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *op. cit.*, p. 7.

67 COMITÉ DE TRAVAIL RESPONSABLE DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *op. cit.*, p. 5.

68 *Ibid.*, p. 9.

DES COMMUNAUTÉS EN santé

Québec
Santé et Services sociaux

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Siège social
550, rue Bonaventure
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2B5
Téléphone : (819) 693-3636
Télécopieur : (819) 373-1627

Point de service
570, rue Hériot
Drummondville (Québec)
J2B 1C1
Téléphone : (819) 477-6221
Télécopieur : (819) 477-9443